PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Catilena Silva Pereira Santana

Editora Poisson

Catilena Silva Pereira Santana

Processo de enfermagem na atenção à saúde da mulher

1ª Edição

Belo Horizonte

Editora Poisson

2024

Editor Chefe: Dr. Darly Fernando Andrade

Conselho Editorial

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais
MSc. Davilson Eduardo Andrade
Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas
MSc. Fabiane dos Santos
Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia
Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC
Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy
Msc. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S232 SANTANA, Catilena Silva Pereira

Processo de enfermagem na atenção à saúde da mulher / Belo Horizonte-MG: Poisson, 2024

Formato: PDF
ISBN: 978-65-5866-353-9
DOI: 10.36229/978-65-5866-353-9

Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia

1.Saúde 2.Medicina 3. Enfermagem 4. Métodos
I. SANTANA, Catilena Silva Pereira II. Título

CDD-610

Sônia Márcia Soares de Moura – CRB 6/1896

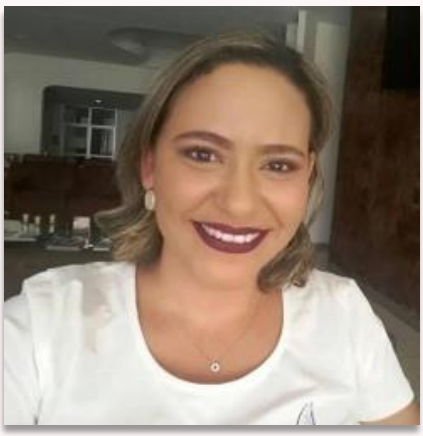
O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

O conteúdo deste livro está licenciado sob a Licença de Atribuição Creative Commons 4.0.
Com ela é permitido compartilhar o livro, devendo ser dado o devido crédito, não podendo ser utilizado para fins comerciais e nem ser alterada.

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

Autora

Catilena Silva Pereira Santana



Mestre em Ciências Ambientais pela Universidade de Taubaté- UNITAU (2021). Pós-graduação em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família e Coletiva. (2022) Pós-graduação em Saúde Mental (2021) e Docência do Ensino Superior (2021) pela ambas Faculdade do Bico -FABIC, Enfermagem Obstétrica pela Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz (2015), Graduação em Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria de Cajazeiras (2006). Atualmente Professora da Universidade Estadual do Tocantins- Unitins (seletivada), e Enfermeira Obstetra no Hospital Materno Infantil (HMI) na cidade de Marabá-PA (efetiva) e Professora da Faculdade de Ciências Médica do Pará (FACIMPA) na cidade de Marabá (CLT). Professora Destaque em 2019 em duas Instituições de Ensino Superior. Experiência na área de Educação e Saúde na Atenção Primária com ênfase nas Políticas Públicas de Saúde, Obstetricia-Neonatologia e Planejamento Familiar. Doula, Consultora Perinatal e Amamentação pelo Instituto Transforma Doulas e Inserção de DIU, pelo Instituto Insticler.

Prefácio

Capítulo 1: Processo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher- Neste primeiro capítulo, mergulhamos nas bases fundamentais da assistência de enfermagem à saúde da mulher. Exploramos o processo de enfermagem e sua aplicação específica no contexto da saúde feminina. Abordamos os cuidados holísticos, os aspectos emocionais e físicos, e o compromisso com a promoção do bem-estar das mulheres. Este capítulo é um aprendizado sólido para todos os demais, demonstrando a importância de uma abordagem cuidadosa e centrada no paciente.

Capítulo 2: Assistência de Enfermagem à Mulher na Atenção Reprodutiva e Sexual- No segundo capítulo, adentramos o universo da atenção reprodutiva e sexual da mulher. Discuto temas cruciais, desde a contracepção até a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Este capítulo é um guia abrangente para enfermeiras e enfermeiras que desejam apoiar as escolhas reprodutivas das mulheres, respeitando suas decisões e promovendo a saúde sexual.

Capítulo 3: Assistência de Enfermagem à Mulher na Gestação- A gestação é um período único na vida de uma mulher, repleto de desafios e alegrias. No terceiro capítulo, concentramos nossa atenção na assistência de enfermagem à mulher grávida. Exploramos os cuidados pré-natais, a promoção de uma gestação saudável e o acompanhamento do parto. Ao longo deste capítulo, você se familiarizará com as complexidades e o emocionante papel do enfermeiro na jornada da gravidez.

Capítulo 4: Assistência de Enfermagem à Mulher no Climatério- À medida que as mulheres atravessam a fase do climatério, enfrentam desafios únicos de saúde. No quarto capítulo, destacamos a importância da assistência de enfermagem na promoção do bem-estar durante essa transição. Abordamos questões da sintomatologia e as mudanças emocionais. Este capítulo oferece orientações úteis para enfermeiros que desejam apoiar as mulheres em uma fase de mudança.

Capítulo 5: Assistência de Enfermagem à Mulher na Prevenção do Câncer de Mama e Câncer de Colo do Útero- O quinto e último capítulo trata de duas das maiores preocupações na saúde da mulher: o câncer de mama e o câncer de colo do útero. Aqui, exploramos estratégias de prevenção, triagem, diagnóstico e cuidados de apoio. Este capítulo destaca a importância da detecção precoce e da conscientização. Os enfermeiros desempenham um papel vital na educação das mulheres sobre esses temas e na promoção da saúde a longo prazo.

Esperamos que esta obra seja uma fonte de inspiração, conhecimento e aprimoramento contínuo para todos os envolvidos na área da enfermagem. Que ela o motivo para abraçar os desafios e as recompensas desta nobre profissão, promovendo a saúde e a dignidade da mulher.

Catilena Pereira

SUMÁRIO

Capítulo 1: Processo de enfermagem na atenção à saúde da mulher 07

Capítulo 2: Assistência de enfermagem à mulher na atenção reprodutiva e sexual 13

2.1. Atenção de enfermagem na pré-concepção 15

2.2. Atuação do enfermeiro na anticoncepção 16

2.2.1. Primeira consulta da mulher/casal 17

2.2.2. Consulta de retorno da mulher/casal 18

2.3. Recomendações para a atenção em saúde sexual e saúde reprodutiva de profissionais do sexo 20

Capítulo 3: Assistência de enfermagem à mulher na gestação 22

3.1. Atribuições do enfermeiro na assistência à mulher durante o pré-natal 24

3.2. Roteiro da primeira consulta de pré-natal 25

3.2.1. História clínica 26

3.2.2. Exame físico 29

3.2.3. Exames complementares 30

3.2.4. Investigação de HIV/AIDS 31

3.2.5. Condutas 31

3.2.6. Consultas subsequentes 32

3.2.7. Avaliação dos outros resultados de exames laboratoriais 32

3.3. Assistência à gestante durante o trabalho de parto 33

3.4. Assistência à mulher durante o puerpério 36

3.4.1. Assistência na amamentação 37

3.5. Ações em relação ao recém-nascido 38

Capítulo 4: Assistência de enfermagem à mulher no climatério 40

4.1. Principais ações do enfermeiro no climatério 41

Capítulo 5: Assistência de enfermagem à mulher na prevenção do câncer de mama e câncer de colo do útero 43

5.1. Rastreamento do câncer de colo uterino 43

5.2. Situações especiais na prevenção do câncer de colo do útero 44

5.3. Rastreamento do câncer de mama 45

Referências 48

CAPÍTULO

01 Processo de enfermagem na atenção à saúde da mulher

A consulta de enfermagem é um encontro entre o enfermeiro e o paciente, no qual são realizadas atividades de avaliação, orientação, educação e acompanhamento relacionados à saúde. Essa consulta pode ocorrer em diversos contextos, como em clínicas, hospitais, unidades de saúde da família, consultórios particulares, entre outros.

A consulta de enfermagem tem como objetivo principal promover o autocuidado, prevenir doenças, tratar condições de saúde, além de fornecer suporte emocional e educar o paciente sobre sua saúde e bem-estar. Durante a consulta, o enfermeiro coleta informações sobre o histórico de saúde do paciente, realiza exames físicos, avalia sinais vitais, identifica problemas de saúde e estabelece um plano de cuidados personalizado (RIOS, 2007). É uma atividade privativa do enfermeiro, regulamentada pela Lei nº 7.498/1986, pelo Decreto nº 94.406/1987 e pela Resolução Cofen nº 358/2009, envolvendo medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 1987; COFEN, 2009).

Além disso, o enfermeiro pode ainda, realizar a prescrição de medicamentos e solicitar exames, desde que essas atividades estejam incluídas na assistência integral à saúde e respeitem as regulamentações específicas. De acordo com o Art. 11, inciso II, alínea c da Lei n° 7.498/1986, cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (COFEN, 1987). A Resolução Cofen nº 195/1997 também trata da solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros (COFEN, 1997).

Ao realizar uma consulta na área da mulher, é importante que o enfermeiro esteja preparado para atender às demandas específicas dessa mulher, respeitando seus valores e considerando que ela faz parte de um núcleo familiar em uma perspectiva ampliada e não heteronormativa. Além disso, é fundamental reconhecer que a mulher é um ser holístico, composto por corpo, mente e espírito, e que a saúde depende do atendimento de suas necessidades humanas de forma integral.

A consulta de enfermagem se desenvolve a partir do Processo de Enfermagem, que é um método de resolução de problemas organizado para auxiliar o enfermeiro a abordar de maneira lógica as situações relacionadas a um problema real ou potencial de saúde. Esse processo envolve várias etapas, como a coleta de dados, a elaboração do diagnóstico de enfermagem, o planejamento das intervenções, a implementação das ações de enfermagem e a avaliação dos resultados (PIMENTA et al., 2015).

A implementação do processo de enfermagem no Brasil teve um marco importante na década de 1970, graças ao trabalho de Wanda de Aguiar Horta. Ela trouxe como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow e defendeu que

a assistência de enfermagem deveria se embasar em uma metodologia científica, dividida em cinco etapas: levantamento de dados (histórico), diagnóstico, planejamento, execução e avaliação. Apesar dos avanços trazidos por Wanda de Aguiar Horta e outras enfermeiras, a aplicação da metodologia da assistência de enfermagem como instrumento científico de trabalho tem encontrado desafios e obstáculos. Alguns dos problemas identificados incluem as estruturas institucionais, o processo de trabalho do enfermeiro, a lógica da priorização da atenção médica individualizada e curativa, e a forma como a aprendizagem ocorre durante a graduação (ADAMY; ZOCHE; ALMEIDA, 2019).

Pesquisas têm mostrado que ainda existe a ausência ou implantação parcial do processo de enfermagem em algumas instituições de saúde, e os enfermeiros enfrentam dificuldades na sua aplicação. Essas dificuldades remetem à necessidade de trazer esta temática para a prática assistencial, afim de buscar maneiras de superar os desafios da profissão (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

A utilização do processo de enfermagem é fundamental para garantir uma abordagem sistemática e científica na assistência prestada pelo enfermeiro, uma vez que fornece uma estrutura metodológica que auxilia o enfermeiro na avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação do cuidado. Utilizando esta ferramenta de forma singular e direcionada, o enfermeiro pode avaliar os aspectos gerais da saúde da mulher, bem como, identificar fatores relacionados à qualidade de vida. Isso inclui o histórico, a avaliação de sintomas, impacto psicossocial, limitações, fatores de risco, entre outros. Além disso, auxilia na documentação da prática profissional, garantindo um registro adequado das informações coletadas, intervenções realizadas e resultados alcançados (UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2017).

A assistência de enfermagem à saúde da mulher é uma área especializada que visa promover, manter e restaurar a saúde das mulheres ao longo de sua vida. Essa assistência envolve uma variedade de aspectos relacionados à saúde física, emocional e reprodutiva das mulheres. Abrange várias áreas, incluindo: Cuidados pré-natais, fornecendo orientação, educação e suporte às mulheres grávidas; monitoramento da saúde materna e fetal, realizando exames pré-natais, administrando vacinas apropriadas e oferecendo aconselhamento sobre estilo de vida saudável durante a gravidez; saúde reprodutiva, auxiliando as mulheres em todas as fases do ciclo reprodutivo. Isso inclui a educação sobre controle de natalidade, orientação sobre planejamento familiar, fornecimento de métodos contraceptivos, tratamento de problemas menstruais, manejo de infecções do trato reprodutivo e acompanhamento pré e pós-operatório em casos de cirurgias ginecológicas; saúde sexual, atuando na promoção da saúde sexual das mulheres. Oferecendo aconselhamento sobre saúde sexual, educação sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), realizando exames ginecológicos regulares, incluindo o exame de Papanicolau para detecção precoce do câncer de colo do útero, e fornecendo apoio emocional às mulheres que enfrentam questões relacionadas à sexualidade; menopausa e cuidados pós-menopausa, ajudando as mulheres a gerenciar os sintomas associados, como ondas de calor, alterações de humor e alterações no padrão do sono. Além de realizar orientação sobre os cuidados de saúde adequados nessa fase da vida, incluindo a necessidade de exames regulares para a detecção precoce de problemas de saúde relacionados à idade; promoção da saúde e prevenção de doenças, incentivando a adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, atividade física regular, abstinência de tabaco e consumo moderado de álcool. Inclui-se ainda, a realização de exames de rastreamento para detecção precoce de doenças, como câncer de mama, câncer de colo do útero e osteoporose; e Apoio emocional e psicossocial, considerando os

aspectos emocionais e sociais associados à saúde feminina e oferecer aconselhamento e apoio durante situações de estresse, como diagnóstico de doenças, tratamentos invasivos ou dificuldades emocionais relacionadas à saúde da mulher. É importante ressaltar que a assistência de enfermagem à saúde da mulher é holística, centrada na mulher e respeitando suas necessidades (BRASIL, 2016).

Os enfermeiros desempenham um papel crucial na promoção da saúde das mulheres em todas as fases de suas vidas, desde a adolescência, passando pela gravidez e o período reprodutivo, até a menopausa e além. A educação, a prevenção, o acompanhamento de problemas de saúde específicos, os exames de rastreamento e o apoio emocional são aspectos essenciais da assistência de enfermagem nessa área especializada (PILGER; GOMES; PRATES, 2021).

A conscientização sobre a importância dos cuidados com a saúde feminina é essencial para garantir que as mulheres recebam o suporte necessário para manter uma boa qualidade de vida e prevenir ou detectar precocemente possíveis problemas de saúde. Os enfermeiros têm um papel crucial em fornecer informações, apoio emocional e educação sobre práticas saudáveis, ajudando as mulheres a tomarem decisões informadas sobre sua saúde (PILGER; GOMES; PRATES, 2021).

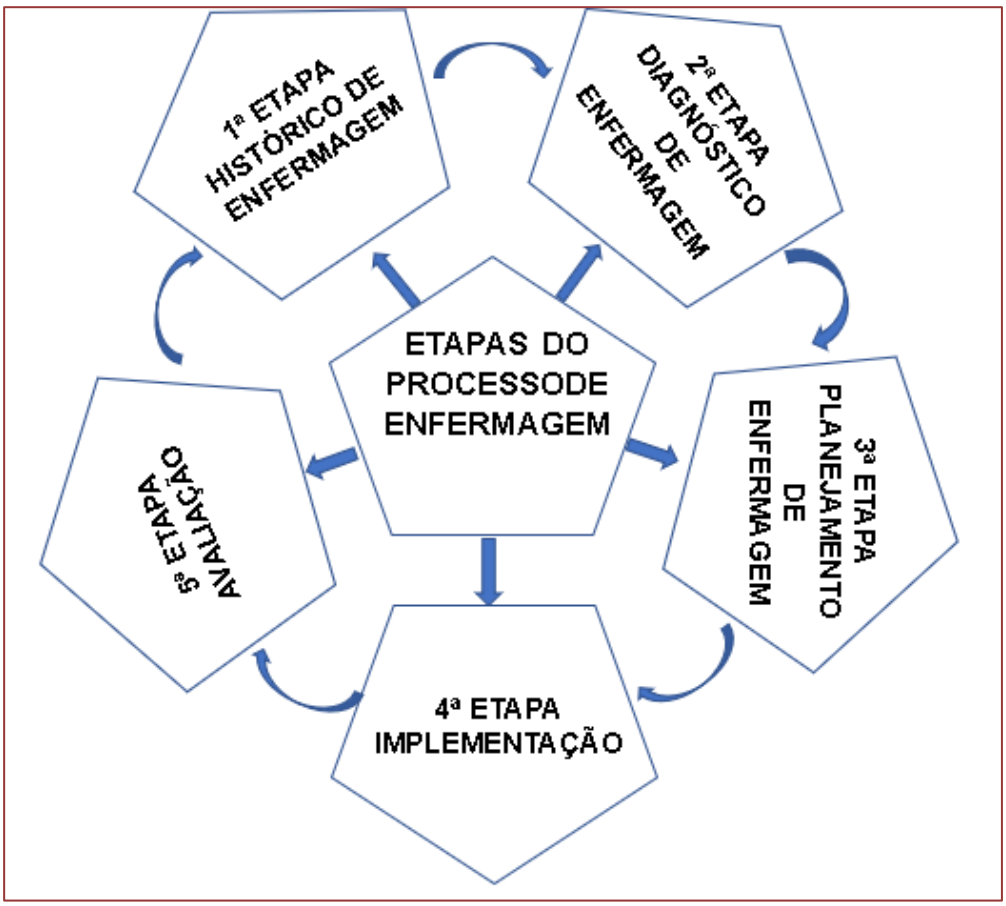
A abordagem holística também se preocupa em levar em conta as necessidades emocionais e psicossociais das mulheres, reconhecendo que a saúde física está interligada com o bem-estar mental e social. Ao considerar todos esses aspectos, os enfermeiros podem oferecer uma assistência mais completa e abrangente, contribuindo para a promoção da saúde e qualidade de vida das mulheres.

Ao aplicar o processo de enfermagem na consulta de enfermagem, o enfermeiro pode não apenas fornecer cuidados de qualidade, mas também contribuir para a detecção precoce de problemas, identificação de necessidades não atendidas e predição da busca por tratamento.

O Processo de Enfermagem (PE) é a expressão do pensamento e da abordagem do enfermeiro, sendo essencial para organizar as condições necessárias aos cuidados prestados e registrar a prática profissional de maneira deliberada e sistemática. As avaliações de enfermagem, fundamentadas em alterações funcionais, são fundamentais para identificar as necessidades dos pacientes e possibilitar uma comunicação específica sobre suas condições de saúde. Trata-se de um trabalho profissional específico, envolvendo uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas, seguindo um método embasado em valores morais, crenças e conhecimento técnico-científico da área. É, indubitavelmente, considerado o ponto focal, cerne ou essência da prática da Enfermagem (ARGENTA; ADAMY; BITENCOURT, 2020).

De acordo com a resolução do Cofen nº 358/2009 o Processo de Enfermagem deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes públicos ou privados, onde ocorra o cuidado de enfermagem, incluindo a assistência relacionada à saúde da mulher, organizada em cinco etapas interrelacionadas, interdependentes e recorrentes: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (Figura 1). Essas etapas, auxiliam o enfermeiro a organizar e priorizar o cuidado, manter o foco e formar hábitos de raciocínio clínico.

Figura 1 - Etapas do processo de enfermagem



Fonte: Adaptado de Dos Santos et al. (2017).

O PE é um método organizado de resolução de problemas que auxilia o enfermeiro a abordar de forma lógica situações relacionadas a problemas de saúde reais ou potenciais. Para realizar esse processo, é fundamental fundamentá-lo em uma teoria que guie a coleta de dados e os julgamentos clínicos do enfermeiro (ALVIM, 2013).

O Histórico de Enfermagem é o momento em que são coletados dados através de entrevista e exame físico, tanto objetivos quanto subjetivos. Na área da saúde da mulher, é necessário uma abordagem cuidadosa e habilidades de relacionamento interpessoal, prestando atenção também à comunicação não verbal(ALVIM, 2013).

O diagnóstico de enfermagem envolve uma análise e interpretação cuidadosa das informações obtidas, inclusive dos resultados de exames laboratoriais, para uma avaliação coerente e eficaz da saúde da mulher. Esta etapa é de extrema importância, pois orienta as ações de enfermagem de forma individualizada para cada paciente. A partir do diagnóstico, são identificadas as intervenções de enfermagem que atendem às necessidades específicas do paciente. Esse processo requer uma avaliação crítica e a tomada de decisão pelo enfermeiro. O enfermeiro pode utilizar a classificação de enfermagem que se sentir mais habilitado a executar (ALVIM, 2013).

É importante que o profissional de enfermagem utilize teorias e terminologias adequadas para a realização do processo de enfermagem e a sistematização da assistência. Algumas teorias comuns e apropriadas para a Atenção Primária à Saúde são

a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta de Aguiar e a teoria do Autocuidado. Já as terminologias fundamentais para a construção de diagnósticos e prescrições são a North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (SIQUEIRA, 2020).

Embora o protocolo sugira diagnósticos e intervenções oriundos da NANDA e CIPE, reconhecendo a importância mundial dessas classificações, ressalta-se que outros sistemas de classificação de enfermagem também podem ser utilizados, desde que garantam a comunicação e continuidade da assistência entre os profissionais. É fundamental que o enfermeiro realize o raciocínio clínico ao associar a coleta de dados, o exame físico e o julgamento clínico para emitir o diagnóstico de enfermagem e decidir a tomada de decisão clínica e intervenção adequada.

Na etapa de planejamento, o enfermeiro irá trabalhar com a mulher para estabelecer metas de cuidados e desenvolver um plano de cuidados individualizado, bem como medidas preventivas para reduzir o risco de doenças futuras. Já na implementação, serão definidas as intervenções no plano de cuidados para ajudar a mulher a atingir suas metas de saúde, pode incluir a administração de medicamentos prescritos, encaminhamento para serviços especializados, aconselhamento sobre mudanças no estilo de vida. Por último, irá avaliar a eficácia do plano de cuidados e fazer ajustes, conforme necessário, inclui reavaliar o diagnóstico de enfermagem e atualizar o plano de cuidados com base nos resultados da avaliação (SIQUEIRA, 2020).

As intervenções de enfermagem propostas têm o objetivo de resolver, amenizar ou melhorar o estado de saúde ou o problema identificado no paciente. Elas são embasadas no julgamento clínico do enfermeiro e no conhecimento técnico-científico da área. Essas intervenções são realizadas pelo enfermeiro para melhorar os resultados obtidos pelo paciente, seja na recuperação de sua saúde ou no cuidado de condições crônicas. Em essência, o diagnóstico de enfermagem e as intervenções relacionadas são fundamentais para fornecer uma assistência de qualidade e voltada às necessidades individuais de cada paciente (SIQUEIRA, 2020).

Para que ocorra a consulta na área da mulher, pelo enfermeiro, é necessário que ele esteja preparado para atender às demandas deste público, aceitando seus valores, crenças e culturas sem esquecer que ela faz parte de um núcleo familiar na perspectiva ampliada e não heteronormativa. Além disso, a mulher é um ser holístico constituído de corpo, mente e espírito, desta forma a saúde será apenas o resultado das necessidades humanas atendidas (CARVALHO, 2022).

As mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, além de acompanhar crianças, familiares, idosos, com deficiência, vizinhos e/ou amigos. A presença das mulheres no mercado de trabalho continua aumentando, elas se defrontam com desafios em seus papéis, estilos de vida e padrões familiares, estando expostas a perigos e estresses ambientais (CARVALHO, 2022).

É válido ressaltar que, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2021) apresenta que o número de mulheres é composto por 51,1%, elas ainda possuem maior expectativa de vida, em torno de 72/73 anos, tem maiores níveis de escolaridade, dedicam maior tempo às atividades domésticas, cerca de 4 a 5 horas diárias, e muitas delas realizam trabalho informal, sem proteção social. Porém considerando a morbimortalidade, deve-se lembrar que este grupo é o mais vulnerável, ainda mais quando incluídas no subgrupo de negras, homoafetivas, indígenas, rurais, em situação de

rua, deficientes, em sistemas prisionais e profissionais do sexo. Onde o desafio para a assistência é melhorar a qualidade dos serviços oferecidos, investir na qualificação dos profissionais da rede de saúde e implementação de políticas de saúde da mulher identificando as características específicas de cada grupo vulnerável, como: o perfil socioepidemiológico, cultural e ambiental.

Visando a atenção à mulher de forma holística, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 com a proposta de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, abrangendo a assistência à mulher, em clínica ginecológica, no pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, IST, câncer de colo de útero e de mama, além do atendimento a outras necessidades femininas. Outro marco importante foi a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada em 2004 também pelo MS, no mesmo ano, foi criado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, no ano seguinte, foi implantada a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, e em 2011, a Rede Cegonha com o objetivo central fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses. Porém a Rede Cegonha foi substituída pela Rede de Atenção Materna Infantil (RAMI) no ano de 2022 focada na atuação do médico obstetra, e revogada em 13 de janeiro de 2023, com a retomado do programa anterior (PEREIRA, 2022).

Entretanto Neves (2018) diz que o atendimento integral às mulheres ainda é um processo em construção e mesmo com os avanços feitos pelos programas de atenção à saúde da mulher, mudanças ainda são necessárias, visando substituir o atual modelo fragmentado para um modelo humanizado, não medicalocêntrico e de acolhimento para todas elas. Assim, a consulta de enfermagem às mulheres não é apenas um espaço para realização de técnicas ou mesmo de um determinado rastreamento, mas sim trabalhar com a ciência do cuidado a partir das melhores evidências.

Diante do exposto, diferente da mulher grávida, em que existe um calendário de consultas, diretrizes e protocolos de atendimento, a consulta de enfermagem às mulheres não grávidas não tem um protocolo estipulado, isso ocorre porque é necessário focar na demanda que levou essas mulheres para a consulta, não focar somente na queixa, ou ainda nos sinais e sintomas, doenças, síndromes, pela qual ela busca atendimento, mas fazer uma consulta integral, com escuta e acolhimento. É importante observar a chegada desse público na instituição de saúde como uma oportunidade de promover outros cuidados, olhar questões como: violência, prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis e autocuidado. A consulta de enfermagem é um espaço privilegiado de escuta, de atenção, de promoção da saúde, corroboram com a Lei 7498/86 e a Resolução COFEN 358/09 estabelecendo o processo de enfermagem na atenção à saúde da mulher, para além do tratamento de doenças, é uma forma de tornar a mulher protagonista da sua vida, do seu cuidado, além de ser uma importante ferramenta no estímulo da autonomia e empoderamento.

CAPÍTULO

02 Assistência de enfermagem à mulher na atenção reprodutiva e sexual

A Atenção Primária à Saúde (APS) é compreendida como um conjunto de ações tanto individuais quanto coletivas, que visam promover e proteger a saúde, prevenir agravos, realizar diagnósticos, tratamentos, reabilitações e manter a saúde das pessoas. No contexto da APS, a saúde reprodutiva é uma área fundamental, pois busca garantir que as mulheres tenham uma vida sexual segura e satisfatória, com autonomia para decidir sobre sua reprodução, incluindo quando e quantas vezes desejar fazê-lo (DAS NEVES, 2021).

O Ministério da Saúde do Brasil preconiza que o planejamento reprodutivo seja parte integrante dessas ações, com o objetivo de fortalecer o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Nesse sentido, as atividades educativas desempenham um papel essencial, proporcionando às mulheres conhecimentos necessários para que possam fazer escolhas informadas e livres sobre sua sexualidade e reprodução (CASARIN, 2010).

O aconselhamento, por sua vez, é uma prática de diálogo baseada na relação de confiança entre o profissional de saúde e a mulher, permitindo que ela avalie suas próprias vulnerabilidades e tome decisões sobre a maternidade, bem como os recursos que poderá utilizar para concretizar essas escolhas. As atividades clínicas complementam essa abordagem, buscando a promoção, proteção e recuperação da saúde da mulher de maneira integral, evitando a fragmentação dos cuidados (CASARIN, 2010).

Apesar do planejamento reprodutivo ser um direito da mulher, ainda há casos de gravidez não planejada. Pesquisas apontam que uma parcela significativa das gestações não foi planejada, o que ressalta a importância de melhorar o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva para reduzir essa incidência.

Nesse contexto, os serviços de saúde reprodutiva na APS contam com uma equipe multiprofissional, sendo o enfermeiro um dos profissionais fundamentais. O cuidado de enfermagem desempenha um papel central na oferta desses serviços, dividindo-se em duas esferas: a objetiva, que envolve procedimentos e técnicas essenciais para o atendimento, e a subjetiva, que se baseia na intuição, criatividade e senso de responsabilidade para cuidar do outro ser humano.

O reconhecimento do direito à saúde sexual e reprodutiva é uma conquista histórica proveniente das lutas pela ampliação da cidadania e dos direitos humanos, marcado pelo marco da IV Conferência Mundial da Mulher em Pequim, realizada em 1995. Esse reconhecimento representa a busca pela universalidade dos direitos humanos, independentemente de peculiaridades sociais e culturais de cada sociedade. O direito à saúde sexual e reprodutiva é considerado uma necessidade humana básica e uma parte essencial dos direitos sociais (LOPES; OLIVEIRA, 2020).

Os direitos humanos sexuais e reprodutivos (DHSRs) englobam questões amplas

relacionadas a gênero, sexualidade, autonomia e liberdade para decidir sobre a reprodução. Eles garantem que homens e mulheres possam expressar sua sexualidade sem riscos de infecções sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação (LOPES; OLIVEIRA, 2020).

No Brasil, uma das primeiras políticas públicas para assegurar os DHSRs foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), estabelecido em 1984, que incluiu o planejamento reprodutivo nas ações de atenção integral à saúde da mulher. Na década de 1990, o planejamento reprodutivo passou a ser tema de regulação estatal, definido como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (OSIS, 1998).

Para garantir a efetividade dos DHSRs e do planejamento reprodutivo, é fundamental que as políticas públicas estejam estreitamente articuladas com o trabalho dos profissionais de saúde, que são os principais responsáveis por operacionalizá-las junto à população. Desse modo, os profissionais de saúde têm um papel crucial na construção de práticas não discriminatórias e na promoção, proteção e garantia dos DHSRs. Enfrentar esse desafio é essencial para assegurar o respeito aos direitos humanos e a melhoria da saúde sexual e reprodutiva da população (PONTELI; CURTI; SILVA, 2015).

A garantia do direito ao planejamento reprodutivo e à assistência integral durante a gravidez, parto e puerpério requer a atuação integrada das equipes multiprofissionais. O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) esclarece que as normativas que buscam assegurar a integralidade da assistência estão em vigor (MATTOS, 2012).

A consulta de Enfermagem na área da saúde sexual e reprodutiva é respaldada pela legislação que regulamenta o exercício profissional, bem como pelo Decreto 94.406/1987, que regulamenta a Lei 7.498/1986. O planejamento familiar é garantido pela Lei 9263/1996, que assegura o direito de todos os cidadãos a ações de regulação da fecundidade.

A Atenção Primária à Saúde busca reduzir as desigualdades, incluindo o acesso a serviços de saúde. A participação de profissionais qualificados em ações de planejamento sexual e reprodutivo aumenta as oportunidades de acesso a métodos contraceptivos, como o Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre TCu 380 A, que agora é disponibilizado para um número maior de mulheres (GUEDES; RAIMUNDO; BASTOS, 2021).

Permanecem em vigor a Lei do Exercício Profissional e as normativas do Cofen que regulamentam o uso da ultrassonografia por enfermeiros obstétricos, proporcionando maior resolutividade e segurança, bem como a consulta de Enfermagem ginecológica com inserção do DIU nos serviços de Atenção Básica, realizada por enfermeiros devidamente capacitados para garantir o acesso das mulheres/casais ao método escolhido (GUEDES; RAIMUNDO; BASTOS, 2021).

O planejamento familiar é um direito livre de decisão do casal, e cabe ao Estado proporcionar recursos educacionais e científicos para exercer esse direito, sem qualquer forma de coerção por parte de instituições oficiais ou privadas (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988).

O objetivo principal da assistência de enfermagem em saúde sexual e reprodutiva é humanizar o atendimento e qualificar a atenção ao planejamento familiar, abrangendo desde a pré-concepção até a anticoncepção. É essencial avaliar e assistir ao risco reprodutivo, visando à redução da morbimortalidade materna e neonatal, bem como a

prevenção de gravidez precoce e gestações indesejadas. Essa assistência deve sempre respeitar os direitos sexuais e reprodutivos dos usuários.

Os elementos fundamentais para a qualidade do atendimento incluem a livre escolha de métodos contraceptivos, informações completas para os usuários, competência técnica dos profissionais que dispensam os métodos, boa relação entre o usuário e o serviço, acompanhamento adequado e a integração do planejamento familiar ao atendimento em saúde reprodutiva. É importante enfatizar a abordagem integral à saúde, evitando fragmentação das ações.

Contudo, observa-se que muitas ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva têm se concentrado principalmente na saúde reprodutiva, com foco nas mulheres adultas, e poucas iniciativas envolvem os homens. É necessário ampliar a abordagem para outras dimensões, considerando a saúde sexual ao longo de todo o ciclo de vida e promovendo a participação e a corresponsabilidade dos homens nesse contexto.

As ações educativas devem ser preferencialmente realizadas em grupo antes da primeira consulta e reforçadas individualmente. Elas podem ser conduzidas com metodologia participativa em pequenos grupos, abordando diversos aspectos da saúde reprodutiva, como sexualidade, conhecimento do corpo, questões de gênero, vulnerabilidade a doenças sexualmente transmissíveis, violência, direitos sexuais e reprodutivos, e opções anticoncepcionais. O objetivo é capacitar os usuários a fazerem escolhas informadas e livres.

É fundamental fornecer informações claras e completas sobre o mecanismo de ação dos anticoncepcionais, modo de uso, eficácia, efeitos colaterais e efeitos não contraceptivos, possibilitando que os usuários façam escolhas conscientes e bem informadas.

2.1. ATENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PRÉ-CONCEPÇÃO

A assistência de enfermagem na pré-concepção refere-se aos cuidados e orientações prestados às mulheres e casais em idade fértil que planejam engravidar. O objetivo é preparar a saúde do casal para uma gestação saudável e bem-sucedida, evitando potenciais riscos e problemas que possam afetar o processo de concepção e a saúde do futuro bebê.

Durante esse período, a enfermagem desempenha um papel crucial ao fornecer orientações sobre cuidados pré-concepcionais, identificar fatores de risco que possam interferir na fertilidade e concepção, realizar exames e avaliações de saúde adequadas, e oferecer informações sobre planejamento familiar, saúde sexual, prevenção de doenças, imunizações e outros aspectos essenciais para garantir uma gravidez saudável.

O foco principal é garantir que a mulher ou casal esteja nas melhores condições de saúde possível antes de conceber, minimizando riscos e aumentando as chances de uma gestação bem-sucedida e um desenvolvimento saudável do bebê. A enfermagem tem um papel fundamental nesse processo, trabalhando em conjunto com outros profissionais de saúde para oferecer uma assistência abrangente e integral durante a pré-concepção.

Durante as consultas de enfermagem deve-se atentar aos seguintes aspectos:

- Orientar a mulher a registrar o primeiro dia dos ciclos menstruais subsequentes para calcular a idade gestacional corretamente.

- Realizar aferição dos dados vitais e do peso pré-concepção. Caso haja desnutrição, sobrepeso, obesidade ou alterações nos dados vitais, encaminhar para consulta médica.
- Orientar a importância do exame preventivo (citologia oncótica).
- Investigar rubéola e hepatite B para o casal, providenciando imunização prévia à gestação, se necessário.
- Investigar toxoplasmose.
- Oferecer o teste anti-HIV para o casal, com aconselhamento pré e pós-teste. Em caso de resultado negativo, orientar sobre cuidados preventivos; em caso positivo, esclarecer sobre tratamentos disponíveis e medidas para controle da infecção materna e redução da transmissão vertical do HIV.
- Investigar sífilis para o casal.
- Para outras DST, instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica das DST) e orientar para prevenção.
- Verificar a presença de patologias crônicas que possam afetar a fertilidade, concepção e o feto.
- Verificar a situação vacinal da mulher (rubéola, tétano e hepatite B) e encaminhar para atualização, se necessário, aguardando o prazo de segurança antes da concepção.
- Verificar a presença de fatores de risco genético, como idade materna e/ou paterna avançada, filhos afetados em gestações anteriores e antecedentes de familiares com doenças.
- Verificar a presença de risco reprodutivo, como doenças crônicas (ex.: diabetes, obesidade, desnutrição, etc.).
- Verificar a presença de risco para doenças sexualmente transmissíveis.
- Verificar a presença de risco para agentes químicos e produtos tóxicos que possam afetar a concepção.
- Verificar a suplementação com ácido fólico nos 3 meses anteriores à concepção.

2.2. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ANTICONCEPÇÃO

A assistência de enfermagem na anticoncepção é uma abordagem essencial para garantir o acesso a métodos contraceptivos eficazes e seguros, além de fornecer orientações e suporte aos indivíduos que desejam evitar uma gravidez não planejada. O objetivo é capacitar as pessoas a fazerem escolhas informadas e adequadas de métodos contraceptivos, levando em consideração suas necessidades, preferências e saúde geral.

Durante a assistência de enfermagem na anticoncepção, o(a) enfermeiro(a) realiza várias atividades importantes:

- Avaliação de saúde: O profissional realiza uma avaliação completa da saúde sexual e reprodutiva do paciente, incluindo histórico médico, exame físico e exames laboratoriais, se necessário.

- Educação sobre métodos contraceptivos: O enfermeiro(a) fornece informações detalhadas sobre os diversos métodos contraceptivos disponíveis, incluindo pílulas anticoncepcionais, dispositivos intrauterinos (DIU), implantes, injeções, adesivos, anéis vaginais, métodos de barreira, entre outros. São discutidos os benefícios, eficácia, possíveis efeitos colaterais e como utilizar corretamente cada método.
- Orientação sobre prevenção de DSTs: Além de evitar gravidez, é importante enfatizar a importância do uso de métodos de barreira, como preservativos, na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.
- Aconselhamento personalizado: O(a) enfermeiro(a) ajuda o paciente a escolher o método contraceptivo mais adequado às suas necessidades, levando em conta sua saúde, estilo de vida e preferências individuais.
- Inserção de métodos contraceptivos: Para métodos como DIU e implantes, o(a) enfermeiro(a) pode realizar a inserção ou encaminhar para um médico, garantindo que o procedimento seja realizado de forma segura e eficaz.
- Acompanhamento e suporte contínuo: O(a) enfermeiro(a) acompanha o paciente ao longo do uso do método contraceptivo, fornecendo suporte, esclarecendo dúvidas e monitorando quaisquer efeitos colaterais ou preocupações.
- Enfoque na prevenção e bem-estar: Além da eficácia contraceptiva, a assistência de enfermagem na anticoncepção valoriza a promoção da saúde sexual e reprodutiva, empoderando os pacientes para tomarem decisões informadas e responsáveis em relação à sua vida sexual.

A assistência de enfermagem na anticoncepção é fundamental para garantir que as pessoas tenham acesso a informações precisas e serviços de saúde adequados para evitar gravidezes indesejadas e tomar decisões que beneficiem sua saúde e bem-estar geral.

2.2.1. PRIMEIRA CONSULTA DA MULHER/CASAL

A. AVALIAÇÃO CLÍNICA E GINECOLÓGICA COMPLETA Durante a primeira consulta, são realizadas as seguintes etapas:

- Levantamento de dados: Identificação das necessidades individuais e/ou do casal, incentivando a livre expressão de sentimentos e dúvidas sobre sexualidade e saúde reprodutiva. Também são identificadas dificuldades nas relações sexuais ou disfunção sexual. Verifica-se a data da última coleta da citologia oncótica e mamografia.
- Exame físico geral.
- Exame de mamas.
- Exame ginecológico e, se necessário, realização do exame preventivo de câncer de colo uterino.
- Orientações para a prevenção do câncer de pênis, incluindo recomendações para o autoexame, especialmente para homens com idade acima de 50 anos.
- Orientação para a prevenção de DST/HIV/Aids, com ênfase na dupla proteção.
- Acompanhamento da mulher ou casal.

B. ANÁLISE DA ESCOLHA DO MÉTODO ANTICONCEPCIONAL: Nessa etapa, o(a) enfermeiro(a) esclarece sobre o uso e os possíveis efeitos esperados de cada método contraceptivo. Incentiva-se a participação ativa do indivíduo ou casal na decisão sobre o método escolhido. São alertadas possíveis complicações, e o método escolhido é prescrito conforme o protocolo. O(a) enfermeiro(a) só pode prescrever métodos anticoncepcionais já previamente prescritos pelo médico da equipe/unidade. A nova prescrição terá validade de um ano, conforme a nova portaria.

C. ENCAMINHAR ÀS ATIVIDADES EDUCATIVAS: O(a) enfermeiro(a) encaminha o paciente para atividades educativas que fornecerão informações adicionais sobre a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção de DSTs, o uso correto dos métodos contraceptivos e outros aspectos importantes.

D. REALIZAR O PREENCHIMENTO ADEQUADO DAS FICHAS DE SOLICITAÇÃO DE DIU E MÉTODOS DEFINITIVOS: É importante que o preenchimento seja legível, completo e preciso, garantindo que todas as informações essenciais estejam documentadas corretamente. Além disso, o profissional de saúde deve garantir a confidencialidade dos dados do paciente, cumprindo as normas e regulamentos de privacidade e proteção de dados.

2.2.2. CONSULTA DE RETORNO DA MULHER/CASAL

A consulta de retorno da mulher/casal é uma importante etapa do acompanhamento da saúde reprodutiva e planejamento familiar. Durante essa consulta, o profissional de saúde revisita as orientações previamente fornecidas, verifica a eficácia e a aceitação do método contraceptivo escolhido e oferece suporte contínuo para garantir a saúde e o bem-estar da mulher ou casal. Nessa etapa são realizadas: Reavaliação da indicação e aceitabilidade do método contraceptivo, considerando possíveis reações adversas, efeitos colaterais, dificuldades na aplicação do método, participação do parceiro, entre outros fatores; Avaliação do ciclo menstrual, peso, pressão arterial, exame das mamas, exame ginecológico e intercorrências clínicas ou ginecológicas; Orientação sobre a importância do retorno e a participação nas atividades educativas e; Agendamento do próximo retorno, cuja periodicidade depende do método contraceptivo em uso (DUTRA, 2023).

É fundamental enfatizar a importância da prevenção de DSTs/HIV/Aids, enfocando a dupla proteção, que consiste no uso combinado do preservativo masculino ou feminino com algum outro método anticoncepcional, visando prevenir tanto a gravidez indesejada quanto a infecção pelo HIV e outras doenças transmissíveis sexualmente (RODRIGUES, 2017).

Existem diferentes esquemas de orientação para o acompanhamento na anticoncepção, dependendo do método contraceptivo escolhido e das necessidades individuais de cada paciente. A seguir, alguns exemplos de esquemas de orientação comuns: Anticoncepcionais orais (pílulas) - Orientar o início da pílula no primeiro dia do ciclo menstrual para garantir a eficácia imediata. Instruir sobre a importância de tomar a pílula diariamente, preferencialmente no mesmo horário. Esclarecer sobre possíveis efeitos colaterais e o que fazer em caso de esquecimento de uma pílula. Agendar retorno em 3 meses para reavaliação e ajustes se necessário; Injeção contraceptiva - Orientar sobre a necessidade de aplicação a cada 1, 2 ou 3 meses, conforme o tipo de injeção

utilizada. Explicar os possíveis efeitos colaterais e o que fazer se houver atraso na aplicação. Agendar retorno para reavaliação e nova aplicação, de acordo com a frequência recomendada; Dispositivo Intrauterino (DIU) - Informar sobre as diferentes opções de DIU (cobre ou hormonal) e suas características. Esclarecer sobre a colocação do DIU e o período de validade do dispositivo. Agendar retorno após a colocação para verificar a posição correta do DIU e verificar a aceitação do método; Implantes contraceptivos - Explicar sobre a colocação do implante no braço. Orientar sobre os possíveis efeitos colaterais, como alterações no ciclo menstrual. Agendar retorno em 3 meses para avaliar a adaptação e discutir quaisquer preocupações; Métodos de barreira (preservativos masculino e feminino) - Instruir sobre o uso correto do preservativo para prevenir doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e gravidez. Explicar sobre usar um novo preservativo a cada relação sexual. Encorajar o casal a adotar a prática do uso consistente do preservativo; Métodos naturais (método da tabelinha, método de Billings, temperatura basal) - Orientar sobre como identificar o período fértil do ciclo menstrual. Explicar a importância de monitorar os sinais e sintomas do corpo para evitar relações sexuais durante o período fértil. Agendar retorno para revisão dos resultados e ajustes se necessário, conforme figura 2 (GADELHA, 2021).

Figura 2 - Esquemas de orientação para o acompanhamento na anticoncepção

MÉTODO	Coleta de dados	Exame físico geral	Exame ginecológico	Exame de mama	PRESCRIÇÃO	Orientações quanto ao uso	Retorno	1º retorno	2º retorno	Subse-quentes
Anticoncepcionais Orais Combinados (ACO)	Investigar condições que contra indiquem ACO	SIM	SIM	SIM	Médico Enfermeiro ->ver orientação item 3.2	Enfermeiro	Médico	Conforme a necessidade ou 30 dias	3 meses	Anuais
Minipílula	Investigar condições que contra indiquem ACO	SIM	SIM	SIM	Médico	Enfermeiro	Médico	Conforme a necessidade ou 30 dias	3 meses	Anuais
Anticoncepcional injetável (mensal e trimestral)	Investigar condições que contra indiquem ACI	SIM	SIM	SIM	Médico	Enfermeiro	Médico	Conforme a necessidade ou 30 dias	3 meses	Anuais
Preservativo masculino / feminino	Verificar o conhecimento do método e dúvidas no retorno	NÃO	NÃO	NÃO	Médico / Enfermeiro	Enfermeiro	Médico	30 dias		Anuais
Diafragma	Verificar o conhecimento do método e dúvidas no retorno	NÃO	SIM	NÃO	Médico / Enfermeiro	Enfermeiro	Médico	1 semana	30 dias	Anuais
DIU	Investigar condições que contra indiquem AOC	SIM	SIM	SIM	Médico	Enfermeiro	Médico	Após a primeira menstruação após a inserção	A cada 6 meses no 1º ano	Conduta médica

Fonte: MANUAL DE ENFERMAGEM - SAÚDE DA MULHER SMS/SP (2015).

Cabe ao profissional de saúde adaptar o esquema de orientação de acordo com o método anticoncepcional escolhido e as necessidades específicas de cada paciente. É fundamental garantir que o paciente tenha compreendido as informações fornecidas e que se sinta confortável com o método contraceptivo selecionado. O acompanhamento regular é importante para monitorar a eficácia do método e abordar quaisquer dúvidas ou preocupações que possam surgir ao longo do tempo.

Há ainda o Protocolo de Orientação para Anticoncepção de Emergência tem como objetivo prevenir a gravidez após relações sexuais desprotegidas ou falha de métodos contraceptivos.

Figura 3 - Protocolo de Orientação para Anticoncepção de Emergência

- **Apresentação**	→ **Comprimidos de 0,75 mg de Levonorgestel (cartela com 2 comprimidos) e** → **1,5 mg de Levonorgestrel (cartela com 1 comprimido)**
- **Indicação**	→ **Uso sempre que necessário nas relações desprotegidas:** • Falha ou esquecimento do uso de algum método: ruptura do preservativo, esquecimento de pílulas ou injetáveis, deslocamento do DIU ou do Diafragma. • No caso de violência sexual, se a mulher não estiver usando nenhum método anticoncepcional.
- **Coleta de dados**	→ Verificar se a mulher está com atraso menstrual. Se estiver, fazer teste de gravidez e, caso venha resultado positivo, encaminhar para o pré-natal
- **Exame físico**	→ NÃO É NECESSÁRIO
- **Prescrição**	→ **Médico / Enfermeiro** Modo de usar: → **1ª opção**: (a mais recomendada) Utilizar 1 comprimido de 1,5 mg via oral ou 2 comprimidos de 0,75 mg de uma só vez, até 72h após a relação sexual. → **2ª opção**: Utilizar 1 comprimido de 0,75 mg via oral de 12/12 horas, no total de 2 comprimidos até 72h após a relação sexual.
- **Orientações quanto ao uso**	→ **Médico / Enfermeiro**
- **Obs.:**	→ A mulher deve tomar as pílulas de anticoncepção de emergência até 5 dias após a relação sexual desprotegida , entretanto esta eficácia é sempre maior quanto mais próximo da relação for utilizada. O uso repetitivo da contracepção de emergência diminui a sua eficácia, não sendo, portanto um método a ser adotado como de rotina. → Encaminhar para o grupo de planejamento familiar → Atender de forma acolhedora, sem considerações de ordem moral.

Fonte: MANUAL DE ENFERMAGEM - SAÚDE DA MULHER SMS/SP (2015).

Vale ressaltar que a anticoncepção de emergência não deve substituir o uso regular de métodos contraceptivos e que a prevenção da gravidez deve ser planejada com métodos mais eficazes e adequados às necessidades individuais.

2.3. RECOMENDAÇÕES PARA A ATENÇÃO EM SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DE PROFISSIONAIS DO SEXO

Uma primeira recomendação muito importante quanto à atenção integral à saúde das pessoas que exercem o sexo como profissão é a superação do estigma e da discriminação presentes na sociedade e nas instituições em geral. Esse é um passo fundamental para promover o acesso universal ao sistema de saúde.

Orienta-se a todos os profissionais de saúde: Ter postura ética, acolhedora e respeitosa, garantindo o sigilo e a confidencialidade das informações sobre a intimidade, estado de saúde e atividade profissional, entre outras; oferecer a atenção em saúde sob uma abordagem integral, considerando o contexto de vida da pessoa e as implicações de agravos ou condições socioeconômicas e ambientais sobre a saúde sexual e reprodutiva; abordar a saúde sexual, considerando tanto a dimensão da vida privada como a do exercício profissional; promover o respeito à orientação sexual e aos diferentes estilos de vida, tanto na unidade de saúde como junto às famílias e à comunidade; abordar o tema da violência contra as pessoas que exercem o sexo como profissão, na unidade de saúde e

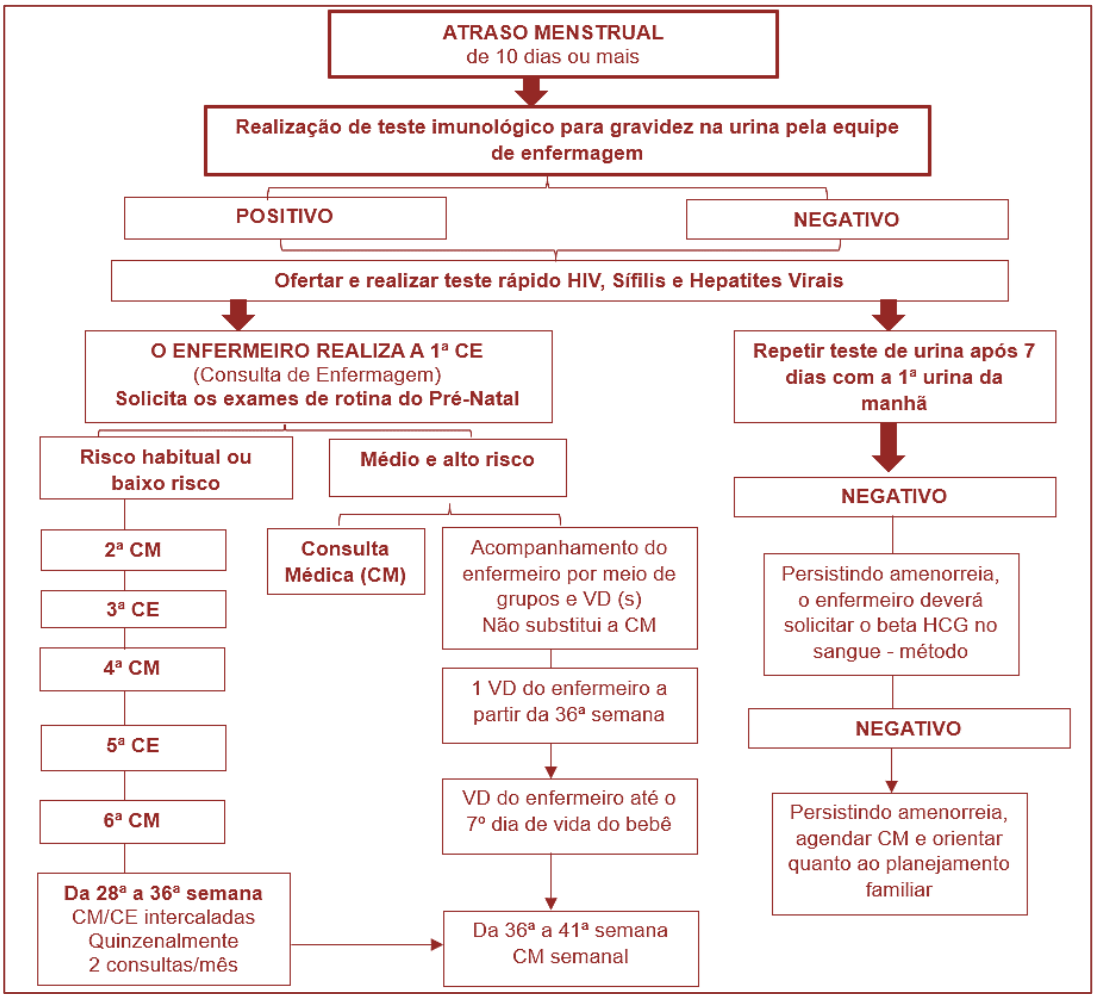
junto às famílias, instituições e comunidade em geral, com o objetivo de preveni-la; estimular o diálogo objetivo sobre sexualidade e uso de drogas; trabalhar com estratégias de redução de danos nos casos de consumo de álcool e outras drogas, integrando redutores de danos quando possível; desenvolver ações de promoção à saúde das pessoas que exercem o sexo como profissão, buscando a articulação com outros setores sempre que possível; estabelecer articulação e realizar ações de forma integrada com a sociedade civil organizada, organizações não governamentais e outras instituições que trabalhem diretamente com esse grupo; realizar ações educativas, preventivas e assistenciais em saúde sexual e saúde reprodutiva, considerando a realidade e especificidades desse grupo; adequar, na medida do possível, horários de atendimento e a quantidade de insumos (preservativos, lubrificantes e outros) disponibilizados, levando em conta as necessidades das pessoas que exercem o sexo como profissão; quando necessário e indicado, realizar encaminhamentos a unidades de atenção especializada e acompanhar a situação de saúde da pessoa; contribuir com a inserção social das pessoas que exercem o sexo como profissão e; ofertar a realização do exame de citologia oncótica, exame das mamas e os testes sorológicos para sífilis, hepatite B e HIV, garantindo assim uma abordagem completa e preventiva em relação à saúde reprodutiva dessas pessoas (SILVA, 2019).

CAPÍTULO

03 Assistência de enfermagem à mulher na gestação

A assistência de enfermagem à mulher na gestação é de suma importância para garantir uma gravidez saudável e segura. O enfermeiro desempenha um papel fundamental nesse contexto, proporcionando cuidados, orientações e apoio à gestante ao longo de toda a gestação. O diagnóstico de gravidez é feito por meio de uma combinação de sinais e sintomas clínicos, exames laboratoriais e de imagem. É importante lembrar que a confirmação da gravidez deve ser realizada por um profissional de saúde, como médico obstetra ou enfermeiro obstetra, e não se baseia apenas em suposições ou sintomas relatados pela mulher. O fluxograma 1 mostra as etapas que devem ser seguidas para traçar o diagnóstico de gravidez e como deve ser o acompanhamento de pré-natal.

Fluxograma 1 - Diagnóstico de Gravidez e Acompanhamento do Pré-Natal



Fonte: Adaptado de MANUAL DE ENFERMAGEM - SAÚDE DA MULHER SMS/SP (2015).

De acordo com Reis e Abi-Rached (2017), durante o pré-natal, são realizados diversos exames de rotina com o objetivo de monitorar a saúde da gestante e do bebê, detectar precocemente possíveis complicações e garantir uma gravidez saudável. Alguns dos principais exames de rotina realizados durante o pré-natal incluem: Teste de Gravidez, para confirmar a gravidez logo no início; hemograma completo, para avaliar os níveis de hemoglobina e detectar possíveis anemias; Urianálise, para verificar a presença de infecções urinárias ou outras alterações na urina; Glicemia de jejum, para rastrear a diabetes gestacional; Tipagem sanguínea e fator Rh, para verificar o tipo de sangue da gestante e se ela possui o fator Rh positivo ou negativo; Sorologias, incluindo exames para detectar doenças infecciosas, como HIV, sífilis, hepatite B e toxoplasmose; Teste de Coombs indireto, para identificar a presença de anticorpos que possam afetar o bebê caso haja incompatibilidade sanguínea entre a mãe e o feto; Ultrassonografias, são realizados vários exames de ultrassom ao longo da gestação para monitorar o desenvolvimento do bebê, verificar a posição da placenta e detectar possíveis malformações; Teste de Estreptococos do grupo B (Streptococcus agalactiae), normalmente realizado próximo ao final da gestação para verificar a presença dessa bactéria na vagina ou no reto, pois pode representar risco para o bebê durante o parto; Eletrocardiograma (ECG) e exame oftalmológico, em algumas situações específicas, podem ser solicitados para avaliar a saúde cardiovascular e ocular da gestante e; Exames adicionais, a depender das características da gestante e do desenvolvimento da gravidez, podem ser solicitados outros exames específicos para avaliar a saúde da mãe e do bebê (Figura 4).

Figura 4 – Rotina de exames do Pré-Natal

	2° trimestre	a partir da 28ª semana
✔ Hemograma completo ✔ Glicemia de jejum ✔ *1 Sorologia para hepatite B ✔ *2 Sorologia para Sífilis / parceiros ✔ Sorologia para Toxoplasmose ✔ Sorologia para HIV ✔ Urina tipo 1 ✔ Urocultura ✔ Protoparasitológico de fezes ✔ Citologia Oncótica – realizar a coleta, ou conforme rotina ginecológica ✔ Ultrassonografia obstétrica – preferencialmente entre 11ª até a 20ª semana ✔ Tipagem sanguínea e fator Rh ✔ ** Teste de Coombs Indireto – nas gestantes Rh negativas e para parceiros.	✔ Repetir urocultura ✔ Teste de sobrecarga glicêmica – a partir da 24ª semana, nos casos com fator de risco para Diabetes Gestacional – TOTG – 75g após 2h de ingestão · Citologia oncótica: se nunca colheu ou se colheu há mais de 3 anos	✔ Glicemia de jejum ✔ Sorologia para Sífilis ✔ Sorologia para HIV ✔ Urina tipo 1 ✔ Urocultura ✔ Realizar proteinúria (fita) **SEMANALMENTE** da 28ª a 32ª semanas se fator de risco, como: alteração de PA e/ou presença de edema. ✔ Pesquisa de ***Streptococcus agalactiae*** (GBS) ou Estreptococo do grupo B entre a 35ª a 37ª semanas conforme protocolo. Recomenda-se que a coleta de secreção vaginal e anal com swab em gestantes para pesquisa de estreptococo do grupo B, (sem a introdução do espéculo), seja realizada preferencialmente pelo Enfermeiro na consulta de Enfermagem. Se esta coleta for realizada por Técnicos ou Auxiliares, de Enfermagem (treinados), necessariamente deverá sob orientação e supervisão do Enfermeiro. **PARECER COREN-SP 024/2014**
ATENÇÃO! ✔ *3 Sorologia para Rubéola	** **Quando o Coombs Indireto for**: → **POSITIVO**: referir à consulta médica imediata → **NEGATIVO**: entre a 28ª semana até no máximo a 34ª semana de gravidez, com Prescrição Médica, realizar imunoglobulina anti-D, 250 a 300 mcg, intramuscular, ou encaminhar à referência.	

***1 Para população de alta vulnerabilidade, solicitar também sorologia para hepatite C.**
***2 Não é necessário esperar a sorologia do parceiro para iniciar protocolo de tratamento de sífilis.**
***3 Não realizar de rotina no pré-natal, exceto aquelas com relato de manifestações clínicas e/ou vinculo epidemiológico (viagem ao exterior ou contato com viajantes nos últimos 30 dias).**

Fonte: MANUAL DE ENFERMAGEM - SAÚDE DA MULHER SMS/SP (2015).

É importante ressaltar que a frequência e os exames específicos podem variar de acordo com a idade gestacional, o histórico médico da gestante, fatores de risco e recomendações do profissional de saúde que realiza o pré-natal. O acompanhamento pré-natal regular é essencial para garantir o bem-estar da gestante e do bebê, bem como para

prevenir e tratar precocemente possíveis complicações.

A gestação é um processo complexo que envolve uma série de alterações dinâmicas biopsicossociais. Esse fenômeno deve ser interpretado como um evento biológico/fisiológico que requer um acompanhamento qualificado. Nesse sentido, é crucial destacar a importância do Pré-Natal, desempenhando um papel fundamental na prevenção, detecção e intervenção de situações de risco tanto para a mãe quanto para o feto. A qualidade dos serviços oferecidos durante o Pré-Natal tem um impacto significativo na saúde materno-infantil, reduzindo a morbimortalidade nessas populações (BRASIL, 2010).

Devido à elevada taxa de morbimortalidade materno-infantil, o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha por meio da Portaria n° 1.459 de 2011. Essa rede engloba ações destinadas a estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil, garantindo o direito ao planejamento reprodutivo, uma abordagem humanizada durante a gravidez, parto, puerpério e o nascimento seguro, além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, é fundamental destacar a atuação essencial da equipe de enfermagem, pois esses profissionais possuem o potencial e a competência para atender gestantes levando em consideração a singularidade de sua família, contexto social e cultural, atuando com especificidade no serviço.

3.1. ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA À MULHER DURANTE O PRÉ-NATAL

As consultas de Pré-Natal devem ser intercaladas entre médicos e enfermeiros. No entanto, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, o Pré-Natal de risco habitual pode ser acompanhado integralmente pelo profissional enfermeiro (SILVA, 2018). Essa abordagem também é garantida pela Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 e reforçada pela Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2017), que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Entre as atribuições gerais do enfermeiro na assistência à mulher durante o Pré-Natal, destacam-se:

- Realizar a acolhida e a escuta qualificada da gestante, promovendo um ambiente empático e seguro para que ela possa expressar suas preocupações, dúvidas e sentimentos em relação à gestação.
- Realizar a avaliação de enfermagem completa, incluindo a coleta de dados sobre o histórico de saúde da gestante, condições pré-existentes, hábitos de vida, antecedentes familiares, entre outros fatores relevantes para a gestação.
- Realizar exames físicos e complementares necessários para monitorar o desenvolvimento da gestação e identificar possíveis complicações ou riscos.
- Elaborar e implementar o plano de cuidados pré-natais individualizado para cada gestante, considerando suas necessidades específicas, histórico médico e fatores de risco.
- Orientar a gestante sobre hábitos saudáveis durante a gravidez, incluindo alimentação adequada, prática de exercícios físicos, cuidados com a higiene pessoal e repouso adequado.
- Realizar ações de educação em saúde, fornecendo informações sobre os sintomas

normais e anormais da gravidez, sinais de alerta, métodos de alívio da dor durante o parto, preparação para o aleitamento materno, entre outros tópicos relevantes.

- Identificar e encaminhar gestantes que apresentam riscos específicos para avaliação e acompanhamento especializado, garantindo uma abordagem interdisciplinar e integral.
- Promover o vínculo entre a gestante e sua família com a equipe de saúde, incentivando a participação ativa do companheiro ou de outros familiares no processo de acompanhamento pré-natal.
- Realizar o acompanhamento dos exames laboratoriais e de imagem solicitados, interpretando os resultados e providenciando ações pertinentes em caso de alterações significativas.
- Garantir a atualização dos registros de enfermagem, mantendo um histórico detalhado do pré-natal, que servirá de base para a continuidade do cuidado durante o parto e o pós-parto.
- Proporcionar suporte emocional à gestante, ajudando-a a lidar com possíveis ansiedades, medos e expectativas em relação ao parto e à maternidade.
- Participar de ações de promoção da saúde da gestante, como campanhas de vacinação, orientações sobre planejamento familiar, prevenção de doenças infecciosas, entre outras atividades preventivas.
- Colaborar com a equipe multidisciplinar, incluindo médicos, obstetras, psicólogos e assistentes sociais, para assegurar uma assistência integrada e de qualidade à gestante.

Essas são algumas das principais atribuições do enfermeiro na assistência pré-natal. Cabe ressaltar que o trabalho em equipe, a capacitação contínua e a atualização constante das práticas são fundamentais para oferecer um cuidado seguro e eficiente às gestantes, contribuindo para a saúde materno-infantil e a redução da morbimortalidade.

3.2. ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, a assistência pré-natal deve ser pautada pelo acolhimento, ações educativas e preventivas, detecção precoce de riscos, estabelecimento do vínculo entre a equipe de saúde, a gestante e sua família, bem como garantir o acesso aos serviços de saúde (PIO; OLIVEIRA, 2014).

O objetivo primordial do acompanhamento pré-natal é garantir o desenvolvimento saudável da gestação, visando ao parto de um recém-nascido saudável e à preservação da saúde materna, abrangendo aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2013).

Para alcançar resultados satisfatórios, é fundamental que todas as gestantes façam o pré-natal de forma regular, o que contribui para a redução da morbimortalidade materno-fetal e neonatal. No entanto, mesmo com uma frequência adequada de consultas pré-natais em muitas regiões do Brasil, a morbimortalidade continua alta, o que nos leva a refletir sobre as possíveis deficiências no atendimento pré-natal. Cabe aos profissionais, ou até mesmo à equipe multiprofissional responsável, o reconhecimento e aprimoramento do atendimento prestado em sua esfera de atuação.

Conforme orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o número mínimo de consultas pré-natais não deve ser inferior a seis, sendo considerado deficiente qualquer atendimento abaixo deste número. Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde (2013), é essencial que as consultas sejam iniciadas o mais precocemente possível e que sigam o roteiro sugerido abaixo:

3.2.1. HISTÓRIA CLÍNICA

- ✓ Identificação:
- ✓ Nome: [inserir o nome da paciente]
- ✓ Idade: [inserir a idade da paciente]
- ✓ Cor: [inserir a cor da paciente]
- ✓ Naturalidade: [inserir a naturalidade da paciente]
- ✓ Procedência: [inserir o local de onde a paciente é proveniente]
- ✓ Endereço atual: [inserir o endereço completo da paciente]
- ✓ Unidade de referência: [inserir o nome da unidade de saúde de referência]
- ✓ Dados Socioeconômicos:
- ✓ Grau de instrução: [inserir o nível de escolaridade da paciente]
- ✓ Profissão/Ocupação: [inserir a profissão ou ocupação da paciente]
- ✓ Estado civil/união: [inserir o estado civil ou situação de união da paciente]
- ✓ Número e idade de dependentes: [inserir o número e a idade dos dependentes da paciente]
- ✓ Renda familiar: [inserir a renda familiar]
- ✓ Pessoas da família com renda: [inserir quantas pessoas da família possuem renda]
- ✓ Condições de moradia: [inserir tipo e número de cômodos da moradia]
- ✓ Condições de saneamento: [inserir informações sobre água, esgoto e coleta de lixo]
- ✓ Distância da residência até a unidade de saúde: [inserir a distância em quilômetros]
- ✓ Antecedentes Familiares:
    - Hipertensão arterial
    - Diabetes mellitus
    - Doenças congênitas
    - Gemelaridade
    - Câncer de mama e/ou do colo uterino
    - Hanseníase
    - Tuberculose e outros contatos domiciliares (especificar a doença e o grau de parentesco)
    - Doença de Chagas

- Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV

✓ Antecedentes Pessoais:

- Hipertensão arterial crônica
- Cardiopatias, inclusive doença de Chagas
- Diabetes mellitus
- Doenças renais crônicas
- Anemias
- Distúrbios nutricionais (desnutrição, sobrepeso, obesidade)
- Epilepsia
- Doenças da tireoide e outras endocrinopatias
- Malária
- Viroses (rubéola, hepatite)
- Alergias
- Hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas
- Portadora de infecção pelo HIV (em uso de retrovirais? Quais?)
- Infecção do trato urinário
- Doenças neurológicas e psiquiátricas
- Cirurgia (tipo e data)
- Transfusões de sangue

✓ Antecedentes Ginecológicos:

- Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade)
- Uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono)
- Infertilidade e esterilidade (tratamento)
- Doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro)
- Doença inflamatória pélvica
- Cirurgias ginecológicas (idade e motivo)
- Mamas (alteração e tratamento)
- Última colpocitologia oncótica (papanicolau ou "preventivo", data e resultado)

✓ Sexualidade:

- Início da atividade sexual (idade da primeira relação)
- Dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual)
- Prática sexual nesta gestação ou em gestações anteriores

- Número de parceiros da gestante e de seu parceiro, em época recente ou pregressa
- Uso de preservativos masculinos ou femininos (uso correto? Uso habitual?)

✓ Antecedentes Obstétricos:

- Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, gestação molar)
- Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas - indicações)
- Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento)
- Número de filhos vivos
- Idade na primeira gestação
- Intervalo entre as gestações (em meses)
- Isoimunização Rh
- Número de recém-nascidos: pré-termo, pós-termo, de baixo peso, com mais de 4.000g
- Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos)
- Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos)
- Natimortos (morte fetal intraútero e idade gestacional em que ocorreu)
- Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, exsanguinotransfusões
- Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar)
- Complicações nos puerpérios (descrever)
- História de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame)

✓ Gestação Atual:

- Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação - DUM (anotar certeza ou dúvida)
- Peso prévio e altura
- Sinais e sintomas na gestação em curso
- Hábitos alimentares
- Medicamentos usados na gestação
- Internação durante esta gestação

✓ Hábitos:

- Fumo (número de cigarros/dia)
- Álcool e drogas ilícitas

- ✓ Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse)
- ✓ Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente.

3.2.2. EXAME FÍSICO

- ✓ Geral:
  - Determinação do peso e da altura
  - Medida da pressão arterial
  - Inspeção da pele e das mucosas
  - Palpação da tireoide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades)
  - Ausculta cardiopulmonar
  - Determinação da frequência cardíaca
  - Exame do abdômen
  - Exame dos membros inferiores
  - Pesquisa de edema (face, tronco, membros)
- ✓ Específico (gineco-obstétrico):
  - Exame de mamas (realizar orientações para o aleitamento materno em diferentes momentos educativos, principalmente se for adolescente. Nos casos em que a amamentação estiver contraindicada, como por exemplo entre às gestantes portadoras de HIV, orientar a mulher quanto à inibição da lactação - mecânica e/ou química - e para a aquisição da fórmula infantil)
  - Palpação obstétrica e identificação da situação e apresentação fetal
  - Medida da altura uterina
  - Ausculta dos batimentos cardíacos fetais
  - Inspeção dos genitais externos
- ✓ Exame Especular
  - Inspeção dos genitais externos e das paredes vaginais
  - Inspeção do conteúdo vaginal
  - Inspeção do colo uterino
  - Coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), e para a pesquisa de infecção por clamídia e gonococo, se houver sinais de inflamação e corrimento cervical mucopurulento
  - Toque vaginal (se necessário)

3.2.3. EXAMES COMPLEMENTARES

- ✓ Na primeira consulta solicitar:
  - Dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht)
  - Grupo sanguíneo e fator Rh
  - Sorologia para sífilis (VDRL): repetir próximo à 30ª semana
  - Glicemia em jejum: repetir próximo à 30ª semana
  - Exame sumário de urina (Tipo I): repetir próxima à 30ª semana
  - Sorologia anti-HIV, com o consentimento da mulher após o "aconselhamento pré-teste"
  - Sorologia para hepatite B (HBsAg, de preferência próximo à 30ª semana de gestação)
  - Sorologia para toxoplasmose (IgM para todas as gestantes e IgG, quando houver disponibilidade para realização)
- ✓ Exames adicionais (se necessário).
  - Protoparasitológico: solicitado na primeira consulta, sobretudo para mulheres de baixa renda
  - Bacterioscopia da secreção vaginal e cultura para estreptococos: em torno da 36ª semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade e morte neonatal
  - Sorologia para rubéola
  - Urocultura para o diagnóstico de bacteriúria assintomática, em que exista disponibilidade para esse exame
- ✓ Ultra-sonografia obstétrica de rotina:
  - Precoce (obstétrico inicial): para adequada datação da gestação
  - Morfológico do primeiro trimestre: realizado entre 11 a 14 semanas de gestação com fim de rastreamento de cromossomopatias
  - Morfológico do Segundo trimestre: realizado entre 20 a 24 semanas com fins de avaliação do desenvolvimento morfo-funcional fetal e determinação de estratégias de atendimento neonatal ao feto com anomalias anatômicas; Dopplerfluxometria das artérias uterinas a fim de identificar as possíveis pacientes com risco para pré-eclâmpsia.
  - Exames Obstétricos: Sempre que possível, realizar pelo menos um exame com 28 semanas e outro com 32 semanas a fim de avaliar o crescimento estimado fetal e a avaliação do líquido amniótico. Caso haja suspeita de alterações nessas medidas em qualquer época da gestação, podem ser realizados exames adicionais, incluindo a dopplerfluxometria, conforme a necessidade.

3.2.4. INVESTIGAÇÃO DE HIV/AIDS

O diagnóstico da infecção pelo HIV, no período pré-concepcional ou no início da gestação, possibilita um melhor controle da infecção materna e melhores resultados na profilaxia da transmissão vertical do vírus. Por esse motivo, é essencial oferecer o teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, independentemente de sua aparente situação de risco para o HIV (COSTA et al., 2013).

O profissional deve avaliar os conhecimentos da gestante sobre a infecção pelo HIV/Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e informá-la sobre o que ela não sabe, especialmente acerca de seu agente etiológico, meios de transmissão, a diferença entre ser portador da infecção e desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), sobre os conceitos "vulnerabilidade" e "situações de risco acrescido", e sua importância na exposição ao risco para a infecção pelo HIV em ocasião recente ou pregressa (COSTA et al., 2013).

Explicar o que é o teste anti-HIV, como é feito, o que mede e suas limitações, esclarecendo o significado dos resultados negativo, indeterminado e positivo.

Informar sobre os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez, tanto para a mãe quanto para o bebê, destacando as chances de reduzir a transmissão vertical pelo acompanhamento especializado e as medidas profiláticas durante a gestação, no parto e no pós-parto, além do controle da infecção materna.

Garantir o caráter confidencial e voluntário do teste anti-HIV. Durante todo esse processo, a gestante deverá ser estimulada a expressar seus sentimentos e dúvidas em relação a essas informações.

1.3.2.5. CONDUTAS

No atendimento pré-natal, devem ser realizadas as seguintes condutas:

- Cálculo da idade gestacional e data provável do parto;
- Avaliação nutricional;
- Fornecimento de informações necessárias e respostas às indagações da mulher ou da família;
- Orientação sobre sinais de riscos e assistência em cada caso;
- Referência para atendimento odontológico;
- Encaminhamento para imunização antitetânica (vacina dupla viral), quando a gestante não estiver imunizada;
- Referência para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado (mesmo com referência para serviço especializado, a mulher deverá continuar sendo acompanhada, conjuntamente, na unidade básica).

3.2.6. CONSULTAS SUBSEQUENTES

- Revisão da ficha pré-natal;
- Anamnese atual sucinta;
- Verificação do calendário de vacinação.
- Controles Maternos:
- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal (IMC). Anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;
- Aferição da pressão arterial (observar a aferição da PA com técnica adequada);
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina. Anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal;
- Pesquisa de edema;
- Verificação dos resultados dos testes para sífilis (VDRL e confirmatório, sempre que possível) e, no caso de resultado positivo, o esquema terapêutico utilizado (na gestante e em seu parceiro), além do resultado dos exames (VDRL) realizados mensalmente para o controle de cura;

3.2.7. AVALIAÇÃO DOS OUTROS RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS.

- Controles Fetais: Ausculta dos batimentos cardíacos; Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico.

Durante todas as consultas, é importante manter um ambiente acolhedor e propício para que a gestante se sinta confortável em expressar suas dúvidas e sentimentos. A abordagem multidisciplinar também é fundamental para garantir uma assistência completa e efetiva à saúde da mulher e do recém-nascido.

Durante o atendimento pré-natal, as seguintes condutas devem ser adotadas:

- Interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessários, para uma avaliação completa da saúde da gestante e do feto.
- Tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário, para garantir uma assistência adequada em casos que requerem cuidados especializados.
- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (60mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia), visando prevenir anemias e garantir uma gestação saudável.
- Orientação alimentar para promover uma dieta equilibrada e adequada às necessidades nutricionais da gestante e do feto.
- Acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados, caso a gestante tenha sido referenciada a algum serviço especializado. No entanto, é importante ressaltar que a mulher continuará sendo acompanhada pela equipe da atenção básica.

- Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos, com o intuito de informar e conscientizar a gestante sobre cuidados com a saúde durante a gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Os grupos educativos para adolescentes devem ser exclusivos dessa faixa etária, abordando temas de interesse do grupo e divididos em faixas de 10-14 anos e de 15-19 anos, para obtenção de melhores resultados.
- Agendamento de consultas subsequentes, garantindo o acompanhamento regular e contínuo da gestação para monitorar a saúde da mulher e do recém-nascido. As consultas subsequentes devem seguir um roteiro pré-estabelecido, incluindo os exames e procedimentos necessários para cada fase da gestação.

É fundamental que todas as condutas sejam realizadas em um ambiente acolhedor, respeitoso e sensível às necessidades da gestante, promovendo assim uma assistência multidisciplinar completa e de qualidade à saúde da mulher e do recém-nascido.

3.3. ASSISTÊNCIA À GESTANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Durante o trabalho de parto, uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros obstetras, doulas, médicos da família, anestesistas e obstetras/ginecologistas pode estar envolvida no cuidado da gestante. Para garantir um ambiente seguro e centrado na paciente, é essencial manter uma comunicação próxima entre esses profissionais (BORTOLATO-MAJOR et al., 2021).

Neste momento tão importante da gravidez, é fundamental que a equipe esteja preparada para acolher a gestante de maneira respeitosa e gentil. O parto é o desfecho fisiológico natural da gravidez, e a mulher deve receber orientações e suporte, tendo suas dúvidas respondidas e compreendendo a importância da colaboração de todos os envolvidos no processo (BORTOLATO-MAJOR et al., 2021).

O trabalho de parto é caracterizado por contrações uterinas eficientes e rítmicas que modificam o colo uterino, promovendo a dilatação e esvaecimento cervical (SANTOS et al, 2010). A gestante pode ser internada com o diagnóstico de trabalho de parto com base nesse critério e será acompanhada no hospital desde o início da fase ativa do trabalho de parto, que ocorre com a dilatação cervical de 4 cm ou mais associada a contrações uterinas efetivas, até receber alta já na fase de puerpério.

Ao ser admitida, a gestante deve ser acolhida, tranquilizada e informada sobre o processo do parto e a assistência da equipe de saúde. Ela tem o direito de conhecer o nome e a função de cada profissional envolvido no atendimento para facilitar a interação durante o processo.

O ambiente do serviço de saúde deve ser adequado às necessidades do procedimento, proporcionando conforto e recursos para o trabalho de parto. Isso inclui quartos adaptados com camas apropriadas para o repouso e posicionamento da paciente durante o parto. Espaços amplos que permitam a circulação e deambulação da gestante, equipados com dispositivos específicos, como banquinhos, bolas e "cavalinhos", que favoreçam a evolução natural do trabalho de parto. Um banheiro próximo ou, de preferência, uma suíte para facilitar a higienização frequente da parturiente e proporcionar banhos de imersão para relaxamento e bem-estar. Além disso, deve ser oferecida a possibilidade de trocas de roupas e lençóis conforme a necessidade da gestante.

A presença de uma doula é de extrema importância neste momento. A doula é uma acompanhante adicional, além do marido ou de outra pessoa escolhida pela paciente, geralmente não especializada na área da saúde, que oferece seu apoio voluntariamente à equipe para ajudar a gestante da forma mais conveniente. A presença da doula acalma e orienta a gestante, auxiliando em trocas e banhos, ou mesmo sua mera presença física já proporciona tranquilidade e favorece o trabalho de parto (OLIVEIRA, 2023).

Estudos clínicos de relevância estatística comprovam que a participação da doula facilita o trabalho de parto, aumentando a taxa de parto normal espontâneo, reduzindo a duração do trabalho de parto e diminuindo a incidência de parto cesáreo, parto vaginal instrumental e uso de analgesia. Além disso, contribui para a redução dos sentimentos negativos relacionados à experiência do parto (KOZHIMANNIL et al., 2016; HODNETT et al., 2012).

Os técnicos e auxiliares de enfermagem devem receber a gestante de forma cordial e adequada, explicando seu papel e funções para a paciente. Durante aferições de pressão arterial e outros sinais vitais, como temperatura, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e frequência respiratória, devem ser obtidos e analisados em busca de quaisquer anormalidades. A punção venosa periférica também deve ser realizada, com explicação do motivo para a paciente. Uma mãe esclarecida sobre os procedimentos de rotina do hospital tende a ficar mais calma e colaborativa durante sua internação (BRASIL, 2012).

O enfermeiro obstetra deve se apresentar à paciente e estabelecer uma relação de cumplicidade com ela. Esse vínculo gera confiança na equipe e aumenta a colaboração da gestante, que passa a enxergar o parto como um evento natural, diminuindo ansiedades e medos muitas vezes criados por informações negativas desconhecidas ou experiências passadas, seja dela própria ou de outras mulheres (BRASIL, 2010).

O enfermeiro obstetra tem um papel crucial no monitoramento e cuidado das parturientes. Ele é responsável pelo registro do pré-natal da paciente, incluindo sua história obstétrica, história cirúrgica, história médica, dados laboratoriais e de imagem. Além disso, tem a competência para administrar medicamentos durante o trabalho de parto, como a ocitocina, se for o desejo da parturiente. Ele monitora continuamente os sinais vitais, os escores de dor, a progressão do parto e a saúde fetal, além de reconhecer precocemente qualquer alteração e comunicar o médico em caso de anormalidades. Todo esse cuidado visa garantir uma experiência segura e positiva para a gestante durante o trabalho de parto (BRASIL, 2010).

O médico atua como facilitador no processo de parto, assim como outros profissionais da equipe. Ele não pré-julga a paciente como parto normal ou cesáreo, mas sim exerce seu papel de interventor do nascimento somente quando necessário, enfatizando para a mãe a naturalidade e fisiologia do trabalho de parto. O médico baseia sua conduta em informações da história clínica, exame físico e solicitação de monitoramento cardiotocográfico contínuo para assegurar o bem-estar fetal. Além disso, realiza um exame obstétrico minucioso para avaliar a medida de dilatação e apagamento cervical (BRASIL, 2010).

Durante o exame cervical, a dilatação é medida localizando o orifício cervical externo e afastando os dedos em forma de "V", estimando a distância em centímetros entre os dois dedos. O apagamento é medido estimando-se a porcentagem restante do comprimento do colo mais fino em comparação com o colo não apagado. É importante também confirmar a apresentação da parte fetal durante o exame cervical, podendo utilizar ultrassonografia à beira do leito para esse propósito (HUTCHISON; MAHDY,

HUTCHISON, 2021).

No entanto, para que o trabalho da equipe seja efetivo, é crucial que haja boa comunicação e coordenação entre os diversos profissionais mencionados anteriormente. Essa abordagem de equipe interprofissional é determinante para promover um desfecho satisfatório do trabalho de parto. Estudos mostram que uma abordagem interprofissional nos cuidados obstétricos resulta em melhores resultados para as pacientes, incluindo redução das taxas de cesarianas e do tempo de internação (HARRIS et al, 2012).

Suponhamos o cenário de uma paciente em trabalho de parto que apresenta distocia funcional, caracterizada por contrações inapropriadas para dilatação e apagamento cervical. Nesse caso, tanto a enfermeira obstetra quanto o médico de plantão devem examiná-la e avaliá-la para iniciar medidas que resolvam o quadro e permitam a continuação da evolução do trabalho de parto. A comunicação entre a equipe é essencial para acionar rapidamente as medidas necessárias e evitar complicações que poderiam levar à conversão do parto normal para cesariana.

É importante que o médico de plantão leve a sério sua função e não minimize a gravidade das situações ao ser chamado para avaliar pacientes. A atuação do médico deve ser diligente, não se baseando na premissa de que as solicitações da equipe são desnecessárias ou sem importância. Assim, conflitos na equipe podem ser evitados e o cuidado à paciente será aprimorado.

Por exemplo, o papel de um profissional responsável pelos sinais vitais pode evitar uma eclâmpsia, que são convulsões durante a gestação, sem outra causa diagnosticada previamente e associada a aumento dos níveis pressóricos. Esse profissional pode informar o médico quando a pressão arterial da paciente estiver acima do aceitável, permitindo uma intervenção precoce para prevenir complicações graves.

Outra situação ocorre durante o período expulsivo, quando a enfermeira obstetra responsável pela paciente deve solicitar a presença do médico de plantão assim que achar necessário, mesmo que a finalização do parto possa demorar. A correta avaliação do bem-estar materno-fetal, nesse momento, pode reduzir as complicações obstétricas, pois a presença de profissionais habilitados ao lado da paciente diminui as chances de intercorrências no evento.

É importante destacar que essa não é uma via de mão única, assim como a equipe precisa do médico, ele também depende da equipe. Infelizmente, a cultura médica propagada pelos mais experientes pode contaminar os recém-formados na profissão, levando-os a acreditar que o tratamento inadequado ou mal educado é necessário para serem respeitados ou chamados apenas quando realmente necessário.

Devemos pensar coletivamente, pois o processo de parto não pode ser realizado de forma adequada e segura se cada profissional atuar isoladamente. A equipe de saúde deve se responsabilizar durante toda a internação e desfecho de cada caso; o cuidado não pode ficar centrado em apenas um profissional, seja médico ou enfermeira. A responsabilidade é coletiva, e cada membro da equipe deve pensar em como contribuir para o sucesso do parto, trabalhando de forma colaborativa e respeitosa.

3.4. ASSISTÊNCIA À MULHER DURANTE O PUERPÉRIO

Após a experiência do parto, a paciente enfrenta uma fase irreversível, mas de grande satisfação: o puerpério, onde o corpo passa por adaptações para retornar à sua anatomia e funções habituais, incluindo o início da amamentação.

Durante essa transição da gestante para a puérpera, ocorrem modificações no corpo da mulher devido à adaptação a essa nova fase. O útero passa por um processo de involução, diminuindo de tamanho e atingindo a altura da cicatriz umbilical logo após o parto. Esse processo de regressão continua a cerca de 1 cm por dia até que o útero retorne ao seu volume normal. Se a mãe estiver amamentando, a involução uterina ocorre de forma mais rápida, podendo causar cólicas abdominais devido ao reflexo útero-mamário, juntamente com o sangramento genital conhecido como loquiação (SOUSA, 2018).

O trajeto de parto (vulva e vagina) pode ficar edemaciado e sensível, causando desconforto à mãe. O mesmo pode ocorrer com a incisão abdominal de uma cesariana, com dor local e saída de secreção serosa pela ferida operatória devido à incisão no tecido subcutâneo (BRASIL, 2001).

O sangramento uterino pós-parto, conhecido como loquiação, é comum e passa por diferentes fases conforme o tempo pós-parto: lóquios sanguíneos (até o quinto dia), semelhante à menstruação, lóquios serossanguíneos (até o décimo dia) e lóquios serosos. É importante estar atento ao cheiro característico, pois um odor fétido pode indicar uma infecção (BRASIL, 2001).

As mamas também passam por mudanças, aumentando de tamanho e secretando uma substância inicialmente chamada colostro, diferente do leite materno. É essencial estimular a amamentação precoce, pois a sucção do bebê estimula a liberação de hormônios como prolactina e ocitocina, o que promove a produção e liberação do leite materno (SILVA et al., 2018).

A equipe de saúde, liderada pelo médico e enfermeiro responsável, deve estar devidamente orientada sobre as etapas fisiológicas do puerpério e ser capaz de identificar sinais e sintomas que possam indicar complicações. Caso haja fatores de risco ou alterações preocupantes em uma puérpera atendida por um auxiliar de enfermagem durante uma visita domiciliar, é crucial que esse profissional se comprometa em comunicar sua descoberta à equipe, para que um plano terapêutico adequado seja implementado.

Da mesma forma, espera-se que o médico responsável pela paciente oriente e delegue claramente as ações da equipe multiprofissional envolvida, garantindo que o tratamento prescrito seja executado corretamente para o bem-estar e a recuperação adequada da puérpera.

Consequentemente, é fundamental explicarmos à mãe a naturalidade do processo, principalmente quando ela está ansiosa e pode interpretar alguma mudança como algo errado. Essa orientação pode ser realizada por qualquer profissional da equipe de saúde ou, então, pode-se convocar uma reunião com as puérperas da área de abrangência, por meio do posto de saúde, com o objetivo de oferecer orientações e atendimento multidisciplinar, otimizando o tempo e alcançando um maior número de mães.

Nesse momento, a boa relação entre as mães e toda a equipe é crucial, pois nos permite estimular o aleitamento precoce e adequado. Recomendamos o aleitamento materno exclusivo por um mínimo de seis meses, e a continuação até os dois anos de

idade, o que favorece o estabelecimento de um vínculo afetivo entre a mãe e seu filho e contribui para um ótimo desenvolvimento neuropsicomotor da criança. O apoio e encorajamento da equipe durante esse período são essenciais para que as mães se sintam confiantes e seguras em amamentar seus bebês. Além disso, a equipe pode fornecer informações importantes sobre as técnicas corretas de amamentação, os benefícios para a saúde da mãe e do bebê, e como lidar com eventuais desafios que possam surgir ao longo do processo.

Com o suporte adequado, as mães são incentivadas a amamentar seus filhos de forma bem-sucedida, promovendo o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê e contribuindo para a criação de uma base sólida para a saúde e o desenvolvimento da criança. Esse trabalho em equipe e a atenção multidisciplinar são essenciais para garantir que as mães recebam o suporte necessário durante o período do puerpério e possam desfrutar plenamente dessa fase tão importante de suas vidas.

3.4.1. ASSISTÊNCIA NA AMAMENTAÇÃO

A amamentação é uma prática natural que proporciona diversos benefícios tanto para a mãe quanto para o filho, a curto e longo prazo, estabelecendo um vínculo afetivo especial entre eles. Para a criança, amamentar promove um melhor desenvolvimento intelectual e bucal, além de prevenir obesidade, doenças cardíacas, infecções e alergias. Também alivia cólicas e ajuda no estabelecimento do peso ideal. Já para a puérpera, a amamentação contribui para a prevenção do câncer de útero e mama, reduzindo o risco de hemorragia pós-parto e trazendo benefícios financeiros (SILVA et al., 2018).

O leite materno é uma fonte completa de nutrientes essenciais para o bebê e oferece proteção contra diversas doenças, como diarreias e infecções respiratórias. Ele também auxilia na prevenção de alergias, hipertensão, colesterol alto e diabetes (FREITAS et al., 2021).

A amamentação é a maneira natural e mais saudável de alimentar um bebê, já que nenhum substituto do leite pode se comparar em termos de nutrientes, anticorpos e estímulo afetivo. Os benefícios da amamentação se manifestam desde o primeiro contato do bebê com o seio da mãe, fortalecendo o vínculo entre ambos (FREITAS et al., 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses e a sua complementação até os dois anos de idade ou mais. A decisão de amamentar é pessoal e influenciada por diversos fatores sociais e culturais, resultantes da socialização de cada mulher. A maneira como a lactação é estabelecida está diretamente relacionada às práticas hospitalares durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, o que pode contribuir para um aleitamento materno de sucesso.

Entretanto, muitos países, incluindo o Brasil, não seguem completamente essas recomendações da OMS. A prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) diminui consideravelmente com o tempo e varia em diferentes regiões do país. Diversos fatores sociais e culturais influenciam no início e na duração do AME, uma vez que o aleitamento materno não é um comportamento instintivo.

Além das influências sociais e culturais, algumas mães enfrentam problemas mamários durante a amamentação, como ingurgitamento mamário, fissuras mamilares e mastite. Esses desafios podem ser superados com o apoio e orientação adequados da equipe de saúde, permitindo que as mães alcancem o sucesso na amamentação e

desfrutem de todos os benefícios que ela oferece.

A falta de informações e orientações, gravidez na adolescência, baixa escolaridade materna, ausência de apoio familiar e necessidade de a mãe trabalhar fora do lar, juntamente com o uso precoce de fórmulas lácteas e bicos artificiais, podem contribuir para o desmame precoce. Para evitar complicações durante a amamentação, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, devem acompanhar e orientar as mulheres durante as consultas de pré-natal e no puerpério.

É fundamental que os profissionais de saúde recebam capacitação contínua e que haja programas de educação permanente em saúde nas Estratégias de Saúde da Família e unidades de saúde. Os profissionais devem estar cientes das principais intercorrências mamárias e outras complicações enfrentadas pelas mães durante a amamentação para poder intervir precocemente.

É importante conscientizar e incentivar toda a equipe de saúde sobre a importância de orientar as gestantes e puérperas sobre a amamentação, além de fornecer apoio durante a prática. É necessário considerar as particularidades de cada mulher e sua família para minimizar dúvidas e melhorar as dificuldades enfrentadas com a amamentação, principalmente para aquelas que precisam retornar ao trabalho.

O apoio à amamentação é essencial para a saúde e o desenvolvimento das crianças, das mães e da sociedade em geral. Medidas simples, como a disponibilização de salas de amamentação no local de trabalho e ambientes apropriados, podem contribuir significativamente para melhorar a amamentação, aumentar a produtividade no trabalho e reter funcionários.

Para garantir a excelência na assistência ao binômio mãe e filho durante a amamentação, é fundamental estabelecer uma rede de apoio que envolva profissionais de saúde, familiares e a comunidade em geral. Essa rede de apoio ajudará a assegurar uma amamentação tranquila e bem-sucedida, proporcionando benefícios duradouros para a saúde e o bem-estar de ambos.

3.5. AÇÕES EM RELAÇÃO AO RECÉM-NASCIDO

Os cuidados de enfermagem ao recém-nascido são fundamentais para garantir o seu bem-estar e o seu desenvolvimento saudável nos primeiros momentos de vida. Esses cuidados são realizados tanto na sala de parto, logo após o nascimento, quanto na unidade de cuidados neonatais ou no alojamento conjunto, onde o bebê fica com a mãe. Alguns dos principais cuidados de enfermagem ao recém-nascido são:

- Verificar a existência da Caderneta de Saúde da Criança e, caso não haja, providenciar a abertura imediata.
- Verificar se a Caderneta de Saúde da Criança está devidamente preenchida com os dados da maternidade. Caso não esteja, buscar informações sobre o peso, comprimento, Apgar, idade gestacional e condições de vitalidade em outro documento fornecido pela maternidade e anotar na caderneta.
- Enfatizar a necessidade e importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê, ressaltando que não é necessário oferecer água, chá ou qualquer outro alimento.

- Realizar a avaliação física do recém-nascido, observando o ganho de peso, postura, atividade espontânea, padrão respiratório, estado de hidratação, eliminações, aleitamento materno e características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), crânio, orelhas, olhos, nariz, boca, pescoço, tórax, abdome (condições do coto umbilical), genitália, extremidades e coluna vertebral. Em caso de detecção de alguma alteração, solicitar avaliação médica imediata.
- Verificar a realização do teste do pezinho. Se não tiver sido realizado, encaminhar para a Unidade Básica de Saúde (UBS) para a realização do teste.
- Confirmar se as vacinas BCG e Hepatite B foram aplicadas na maternidade. Caso não tenham sido aplicadas, encaminhar para o setor de Imunização na UBS.
- Orientar sobre o agendamento de consultas para o acompanhamento da criança nos primeiros dois anos de vida.
- Verificar se o teste do reflexo vermelho foi realizado.
- Orientar sobre os sinais de uma "Boa Pega" durante a amamentação, a fim de garantir que o bebê retire o leite da mama de maneira eficiente e sem machucá-la. Uma má pega pode dificultar o esvaziamento da mama, levando a uma diminuição da produção de leite.

As ações acima são de extrema importância para garantir o acompanhamento adequado e o desenvolvimento saudável do recém-nascido. O papel do enfermeiro nesse momento é essencial para oferecer suporte, orientações e encaminhamentos necessários para promover a saúde e o bem-estar do bebê e sua família.

CAPÍTULO

04 Assistência de enfermagem à mulher no climatério

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o climatério é a fase de transição em que a mulher passa do ciclo reprodutivo para a fase de senescência (senilidade). Ele é caracterizado por duas fases distintas que é a transição menopausal onde podem ocorrer alterações no ciclo menstrual, como variações de mais de 7 dias entre os ciclos ou a falha de dois ciclos consecutivos, ou ainda um intervalo de 60 dias entre os ciclos e Pós-menopausa, onde a mulher entra em amenorreia, ou seja, não apresenta menstruação por pelo menos um ano após o último ciclo menstrual (ROSÁRIO, 2021).

O climatério ocorre geralmente entre os 40 e 59 anos de idade, podendo ser classificado como precoce (antes dos 40 anos) ou tardio (após os 52-55 anos). No Brasil, a média de idade para mulheres entrarem no climatério varia de 42 a 52 anos (DE ANDRADE et al., 2019).

Durante o climatério, ocorrem alterações na produção dos hormônios sexuais femininos, com a diminuição da produção de estrogênio e progesterona, e aumento da produção do Hormônio Folículo Estimulante (FSH), o que leva à interrupção da atividade folicular e, consequentemente, à ausência do ciclo menstrual (PUGLIA, 2016).

É importante ressaltar que o climatério é uma transição que pode ocorrer em períodos variáveis entre as mulheres, podendo haver alternâncias entre fases de produção hormonal normal e alterada. Esse processo desencadeia uma série de alterações fisiológicas no organismo feminino, que devem ser conhecidas pelos profissionais de saúde para que possam orientar as mulheres e reduzir sua ansiedade.

Culturalmente, o climatério está associado ao envelhecimento, e a intensidade dos sinais e sintomas pode estar relacionada à percepção que a mulher tem desse processo. Em relação ao tratamento, a reposição hormonal pode contribuir para a diminuição do desconforto relatado durante o climatério. No entanto, atualmente, essa abordagem é objeto de discussão e deve ser criteriosamente indicada pelo médico ginecologista, levando em consideração toda a história clínica da paciente. Além da terapia hormonal, o médico pode indicar tratamentos sintomáticos para controlar alguns sinais e sintomas, bem como tratar possíveis comorbidades comuns nesse período. O objetivo é proporcionar às mulheres uma melhor qualidade de vida durante o climatério.

O climatério é uma fase de transição na vida da mulher, marcada por alterações hormonais significativas. Durante esse período, podem ocorrer diversas mudanças no organismo, refletindo-se em diferentes sistemas e órgãos. Algumas das alterações frequentes observadas no climatério são:

- ✓ Alterações no aparelho gênito-urinário: Podem ocorrer ciclos menstruais irregulares, com intervalos amenorreicos ou até mesmo amenorreia completa. Sangramentos disfuncionais e menstruações prolongadas após os 50 anos também são comuns. Além disso, há diminuição da lubrificação vulvovaginal,

atrofia da mucosa endocervical, dispareunia (dor durante o ato sexual) e hipertrofia do clitóris. Ondas de calor, também conhecidas como fogachos, são episódios repentinos de calor intenso que podem durar de segundos a alguns minutos. A incontinência urinária, cistites e urgência miccional também podem ocorrer.

- ✓ Alterações no Sistema Nervoso: O climatério pode estar associado a sintomas vasomotores, como fogachos, sudorese e insônia. Parestesias (sensações anormais na pele, como formigamento) e vertigens também podem ser observadas. Alterações de humor, como irritabilidade, depressão e choro fácil, podem ocorrer, assim como períodos de indiferença sexual. Algumas mulheres relatam perda progressiva de memória, sensações súbitas e violentas de calor no rosto e torpor na cabeça.
- ✓ Alterações no tegumento: Ocorre hipertricose (aumento de pelos), cabelos e pele ressecados e queda de cabelos.
- ✓ Alterações psicomotoras: Além das alterações de humor mencionadas anteriormente, podem ocorrer palpitações, sensação de sufocamento e ansiedade.
- ✓ Alterações na cavidade bucal: Doença inflamatória periodontal e perda de elementos dentários podem ser observadas.
- ✓ Alterações do aparelho cardiovascular: Episódios taquicárdicos (aumento da frequência cardíaca) podem ocorrer. Mulheres no climatério também podem ter risco elevado de desenvolver doenças cardiovasculares, como angina, insuficiência coronariana e infarto agudo do miocárdio. Há um maior risco de alterações tromboembólicas, especialmente em mulheres obesas e/ou tabagistas.
- ✓ Alterações no aparelho locomotor: É comum haver diminuição progressiva da contratura muscular e desmineralização óssea, levando à osteoporose.
- ✓ Alterações metabólicas: Transpiração ao comer, após as refeições e em momentos de ansiedade, suor frio, diabetes, dislipidemia e obesidade podem ser observados.

É importante ressaltar que cada mulher vivencia o climatério de forma única, com intensidades e manifestações individuais. Essas mudanças podem afetar a qualidade de vida, mas com orientação adequada e cuidados de saúde, é possível enfrentar essa fase de forma mais tranquila e saudável. É fundamental que os profissionais de saúde estejam capacitados para identificar essas alterações e oferecer o suporte necessário, garantindo assim um melhor acompanhamento e bem-estar para as mulheres no climatério.

4.1. PRINCIPAIS AÇÕES DO ENFERMEIRO NO CLIMATÉRIO

As principais ações de enfermagem no atendimento à mulher no climatério são essenciais para promover a saúde e o bem-estar durante essa fase de transição. O enfermeiro desempenha um papel fundamental na orientação, prevenção e apoio emocional, contribuindo para uma melhor qualidade de vida das mulheres nessa etapa da vida. Algumas das principais ações incluem:

Escuta qualificada: O enfermeiro deve ouvir atentamente as preocupações e angústias da mulher durante a consulta, compreendendo seu perfil emocional e a forma como ela enfrenta o climatério. A empatia e a escuta atenta são fundamentais para estabelecer uma relação de confiança com a usuária.

- ✓ Prevenção de complicações: O enfermeiro deve trabalhar preventivamente, observando os principais riscos associados ao climatério, como neoplasias, doenças cardiovasculares, neurológicas e motoras. Ao detectar sinais e sintomas de complicações, é importante encaminhar a mulher para a consulta médica imediatamente.
- ✓ Grupos de orientação e apoio: A realização de grupos com mulheres no climatério é uma estratégia valiosa para oferecer orientações, conscientização e apoio emocional. Nesses grupos, as mulheres podem compartilhar experiências, trocar informações e receber suporte para enfrentar as mudanças dessa fase.
- ✓ Exercícios da musculatura perineal: Orientar a realização de exercícios para fortalecer a musculatura perineal é fundamental para a recuperação da pressão vesical e do sistema urinário, contribuindo para prevenir a incontinência urinária.
- ✓ Prevenção de doenças: O enfermeiro deve realizar ações preventivas para câncer de mama, ovário, colo uterino, endométrio e cólon, incentivando a realização de exames de rastreamento e acompanhamento médico adequado.
- ✓ Métodos contraceptivos: No período pré-menopausa, é importante levar em consideração os riscos de gestação indesejada. O enfermeiro pode indicar métodos contraceptivos adequados, de acordo com a necessidade de cada mulher.
- ✓ Avaliação de riscos: Realizar avaliações de risco para a Síndrome Metabólica e controlar condições como diabetes, dislipidemia e alterações cardiovasculares é fundamental para manter a saúde cardiovascular.
- ✓ Orientações sobre saúde sexual: Além de promover a prevenção de DST e a pesquisa de DST/HIV/Hepatites, o enfermeiro pode oferecer orientações sobre sexualidade na fase do climatério, ajudando a mulher a vivenciar sua sexualidade de forma saudável e satisfatória.
- ✓ Estímulo à atividade física e dieta equilibrada: O enfermeiro deve orientar e estimular a prática de atividade física regular, bem como uma dieta equilibrada, rica em cálcio e com consumo reduzido de álcool, sal e cafeína. Em casos necessários, pode-se avaliar a reposição de vitamina D.
- ✓ Cuidados ginecológicos: Orientar sobre o uso de lubrificantes vaginais, quando necessário, pode ajudar a minimizar desconfortos relacionados à secura vaginal.

Em resumo, o enfermeiro no atendimento à mulher no climatério desempenha um papel vital na promoção da saúde, prevenção de complicações e apoio emocional, visando proporcionar uma melhor qualidade de vida durante essa fase de transição.

CAPÍTULO

05 Assistência de enfermagem à mulher na prevenção do câncer de mama e câncer de colo do útero

A assistência de enfermagem desempenha um papel fundamental na prevenção do câncer de mama e câncer de colo do útero, pois a detecção precoce e o acompanhamento adequado podem impactar positivamente o prognóstico e o tratamento dessas doenças. Nesse contexto, o enfermeiro possui um papel estratégico na sensibilização das mulheres para a importância da prevenção e na realização de ações educativas e de promoção da saúde.

5.1. RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

O câncer de colo uterino é uma grave questão de saúde que afeta mulheres em todo o mundo, com os países em desenvolvimento sendo responsáveis por cerca de 80% dos casos. Infelizmente, o Brasil contribui significativamente para esse panorama preocupante. Mesmo com o aumento progressivo das coletas nos serviços públicos de saúde, dados de 2001 indicam que apenas 15% da população feminina acima de 20 anos relatou ter realizado o teste de citologia oncótica (BRASIL, 2006).

Outro problema é o baixo índice de realização do exame de Papanicolaou em algumas regiões do país. Em um inquérito de saúde realizado em São Paulo em 2008, foi constatado que 10,7% das mulheres entrevistadas haviam realizado o exame há mais de 3 anos, e 9,7% nunca haviam feito esse exame (DIONÍSIO, 2011).

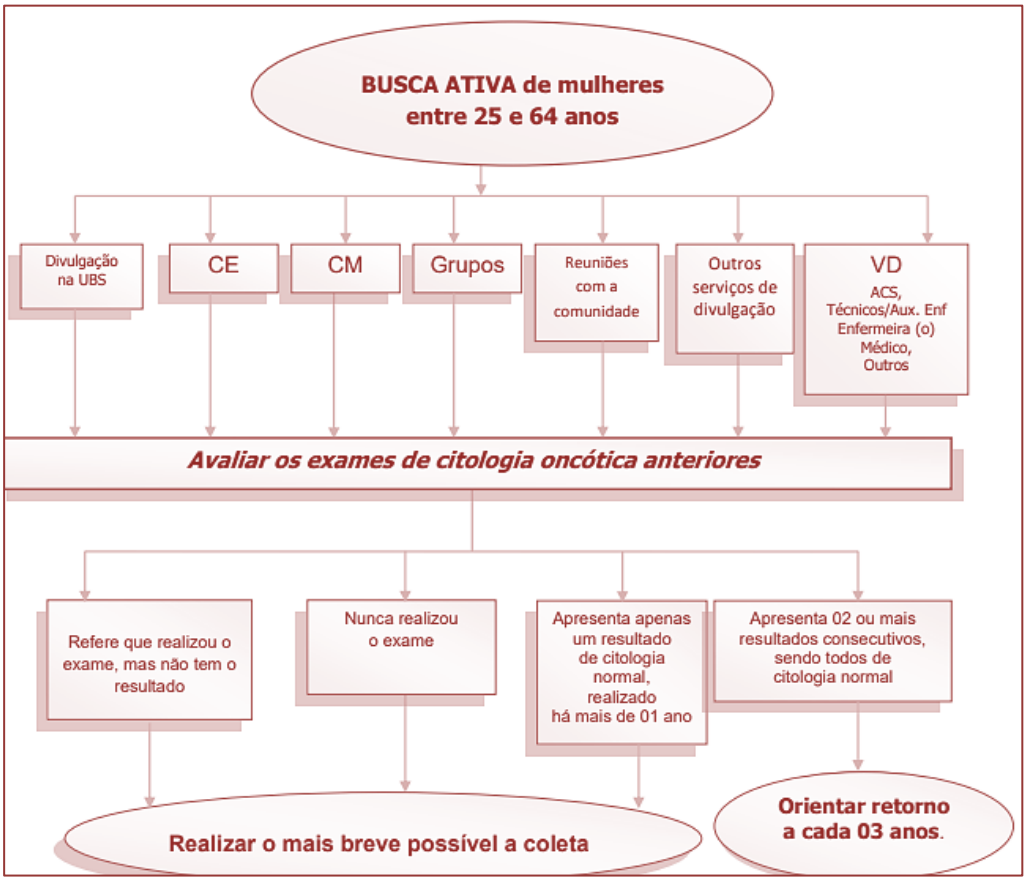
Nesse contexto, enfermeiros e outros profissionais de saúde têm um papel fundamental na sensibilização das mulheres para a importância da realização dos exames de citologia oncótica e do autoexame das mamas. Essa sensibilização pode ocorrer durante consultas de enfermagem, grupos educativos, reuniões comunitárias e visitas domiciliares.

A consequência dessa sensibilização é o aumento da procura por exames preventivos nas Unidades Básicas de Saúde, resultando em um número significativo de mulheres com queixas de corrimento vaginal. Nesse contexto, o(a) enfermeiro(a), muitas vezes o profissional de referência na unidade, precisa adotar condutas imediatas e adequadas diante dessas queixas.

Assim, para garantir a eficiência e a organização da assistência, foi desenvolvido este protocolo, que tem como objetivo orientar a atuação do(a) enfermeiro(a), do(a) técnico(a) e do(a) auxiliar de enfermagem durante a prevenção do câncer de colo uterino e das mamas. Esse protocolo é respaldado pela legislação vigente, como a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (LEP 7498/86) e as Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 195/97, 271/02 e 385/11, proporcionando uma abordagem resolutiva na Atenção à Saúde da Mulher.

A seguir, é apresentado um fluxograma simplificado do agendamento da coleta de Citologia Oncológica (Papanicolaou) para prevenção do câncer de colo do útero (Figura 5).

Figura 5 – Fluxograma de agendamento da coleta de Citologia Oncológica



Fonte: MANUAL DE ENFERMAGEM - SAÚDE DA MULHER SMS/SP (2015).

1.5.2. SITUAÇÕES ESPECIAIS NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

- ✓ Mulher Grávida:
  - O rastreamento do câncer de colo do útero não deve ser negligenciado durante a gestação.
  - A coleta da citologia oncótica pode ser realizada em qualquer período da gravidez, preferencialmente até o 7º mês.
  - A coleta deve ser feita com a espátula de Ayres, evitando o uso da escova de coleta endocervical.
  - A coleta pode ser realizada por enfermeiros e/ou médicos.
- ✓ Mulheres com Transtornos Mentais ou Adolescentes:
  - Em casos de mulheres com transtornos mentais ou adolescentes, é recomendado solicitar a presença de um membro da família durante o exame para proporcionar maior apoio e conforto à paciente.

- ✓ Mulheres Virgens:
  - A coleta em mulheres virgens não deve ser realizada na rotina.
  - A coleta só deve ser considerada em situações especiais, como a ocorrência de condilomatose na genitália externa, principalmente vulvar e anal, o que indica a necessidade de realizar o exame do colo, sendo esse procedimento realizado por um médico.
- ✓ Mulheres Submetidas à Histerectomia:
  - Mulheres que tenham passado por histerectomia total e não possuam mais o colo do útero não precisam realizar a coleta de esfregaço vaginal na rotina, a menos que existam indicações específicas, como controle de lesões prévias neoplásicas.
  - No caso de histerectomia subtotal, o rastreamento pode seguir a rotina normal, com a realização do exame de citologia oncótica.

É importante que os profissionais de saúde estejam capacitados para lidar com essas situações especiais, garantindo o acesso ao rastreamento adequado e respeitando as necessidades e particularidades de cada mulher. A prevenção do câncer de colo do útero é essencial para a saúde e bem-estar das mulheres em todas as fases da vida.

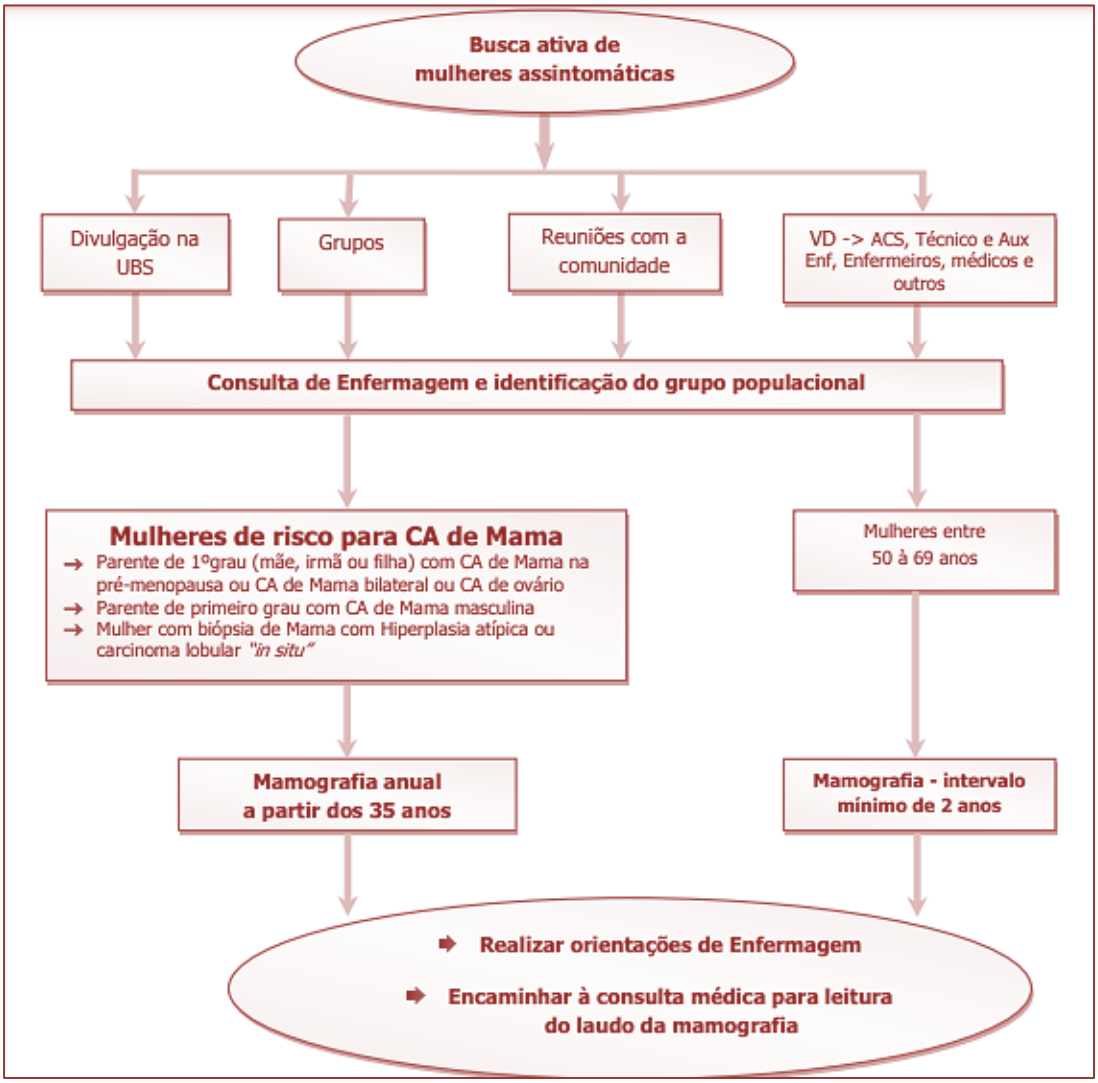
1.5.3. RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é um dos principais problemas de saúde enfrentados pelas mulheres em todo o mundo, sendo a principal causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento. No Brasil, é o segundo tipo de câncer mais incidente entre as mulheres. Infelizmente, o diagnóstico e o tratamento dessa doença muitas vezes não são realizados em tempo oportuno, resultando em menor sobrevida das pacientes em comparação com países desenvolvidos.

O rastreamento é uma estratégia utilizada para diagnosticar precocemente a doença em populações ou indivíduos assintomáticos, com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade. No caso do câncer de mama, a estratégia preconizada no Brasil é a mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos. O autoexame das mamas, antes muito estimulado, não é mais recomendado para a detecção precoce de tumores, pois pode gerar falsa segurança e dúvida, levando a exames invasivos desnecessários.

A solicitação da mamografia de rastreamento é uma atribuição do Enfermeiro quando ele integra a equipe de saúde, dentro do contexto da Consulta de Enfermagem. No entanto, é importante ressaltar que essa solicitação não pode ser realizada de forma autônoma pelo profissional de enfermagem, nem na ausência de um médico responsável (Figura 6).

Figura 6 – Fluxograma para solicitação de mamografia de rastreamento por enfermeiros



Fonte: MANUAL DE ENFERMAGEM - SAÚDE DA MULHER SMS/SP (2015).

O Enfermeiro tem a competência de solicitar a mamografia de rastreamento durante a Consulta de Enfermagem, como parte das ações de prevenção e detecção precoce do câncer de mama. Essa prática visa aumentar o acesso das mulheres ao exame, especialmente aquelas que podem ter dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

É importante destacar que a solicitação da mamografia diagnóstica, destinada a investigar possíveis alterações mamárias suspeitas, é uma atribuição exclusiva do médico. O profissional de enfermagem não tem a competência para indicar esse tipo de exame, que requer avaliação clínica detalhada e pode envolver procedimentos invasivos.

A Atenção Básica, por meio da prevenção primária, atua estimulando a adoção de hábitos de vida saudáveis, como manutenção do peso adequado, prática de atividades físicas e redução do consumo de álcool e tabagismo. Na prevenção secundária, realiza o rastreamento conforme indicado e coordena o cuidado dos casos positivos, encaminhando para a atenção especializada quando necessário. Já na prevenção terciária,

auxilia na reabilitação e reintegração das pacientes na comunidade, oferecendo suporte e orientações para o controle da doença.

Em relação à prevenção quaternária, a Atenção Básica evita ações com benefícios incertos ou potencialmente danosos, não indicando mamografia de rastreamento para mulheres menores de 50 anos ou maiores de 70 anos, nem com periodicidade menor que dois anos. O objetivo é fornecer informações claras sobre os benefícios e riscos do rastreamento, compartilhando decisões com a usuária para uma abordagem individualizada e adequada.

Dessa forma, a Atenção Básica desempenha um papel fundamental na prevenção e detecção precoce do câncer de mama, contribuindo para o bem-estar e a qualidade de vida das mulheres. A sensibilização para a importância do rastreamento e a oferta de cuidados adequados são essenciais para melhorar os resultados no enfrentamento dessa doença.

Fatores de risco para o câncer de mama incluem o envelhecimento (idade acima de 50 anos), aspectos relacionados à vida reprodutiva da mulher (como menarca precoce, nuliparidade ou primeira gravidez após os 30 anos), histórico pessoal ou familiar de câncer de mama, consumo de álcool, tabagismo (apesar da limitada evidência, é um fator que merece atenção), excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante e terapia de reposição hormonal (estrogênio-progesterona).

É fundamental garantir o acesso facilitado das mulheres na faixa etária preconizada para o rastreamento aos serviços de saúde. Para isso, é importante que cada localidade planeje seus processos de trabalho e implemente estratégias que possam incluir a flexibilização da agenda das equipes para as ações de rastreamento, busca ativa nos domicílios e espaços comunitários, e solicitação de mamografia de rastreamento por parte de médicos e enfermeiros.

Essas estratégias se tornam ainda mais relevantes para grupos que historicamente enfrentam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou que apresentam maiores vulnerabilidades e singularidades. Entre esses grupos, destacam-se mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, mulheres negras, indígenas, ciganas, mulheres do campo, floresta e águas, mulheres em situação de rua, profissionais do sexo e mulheres privadas de liberdade.

Garantir que esses grupos também tenham acesso efetivo às ações de rastreamento é essencial para reduzir as desigualdades e promover uma abordagem inclusiva e equitativa na prevenção do câncer de mama. A atenção e sensibilidade para as necessidades específicas dessas populações contribuem para a promoção da saúde e o enfrentamento da doença de maneira mais abrangente e eficaz.

REFERÊNCIAS

[1] ALEGRE, Patrícia Helena Corrêa. **Atualização e avaliação de aplicativo de subconjuntos terminológicos da CIPE® em saúde da mulher na atenção primária à saúd**e. 2022.

[2] ALVIM, André Luiz Silva. O processo de enfermagem e suas cinco etapas. **Enfermagem em foco**, v. 4, n. 2, 2013.

[3] ARGENTA, C., ADAMY, E. K., and BITENCOURT, J. V. O. V., eds. Processo de enfermagem: história e teoria [online]. **Chapecó: Editora UFFS**, 2020, 129 p. Processo de Enfermagem: da teoria à prática collection. ISBN: 978-65-86545-21-0. https://doi.org/10.7476/9786586545234.

[4] BORTOLATO-MAJOR, Carina et al. Do pré-natal ao Puerpério: articulações com a prática. **Editora Científica Digital, c**, v. 9, p. 133-151, 2021.

[5] BRASIL. **Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 10 de abril de 2023.

[6] BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 1459 de 24 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

[7] BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 de abril de 2023.

[8] BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il.

[9] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

[10] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

[11] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.: il.

[12] BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. xx p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 13) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

[13] CARVALHO, Alessandra Gonçalves. **Condições de vida, saúde e redes de apoio aos familiares idosos de policiais militares do Estado do Rio de Janeiro**. / Alessandra Gonçalves Carvalho. – Rio de Janeiro, 2022. 74 f.

[14] CASARIN, Sidnéia Tessmer **Planejamento familiar: ações e serviços de enfermagem/saúde** / Sidnéia Tessmer Casarin. – 2010. 169 f.: il.

[15] CASTILHO, Nadia Cecilia; RIBEIRO, Pamela Cristine; CHIRELLI, Mara Quaglio. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 280-289, jun. 2009. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072009000200011.

[16] CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução COFEN n. 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-COFEN-3582009_4384.html. Acesso em: 13 maio de 2023.

[17] CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Decreto nº 94.406/1987.** Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. [Internet]. Brasília, DF. 1987. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 15 de fevereiro de 2023.

[18] CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 195, de 18 de fevereiro de 1997**. Autoriza a solicitação de exames de rotina e complementares pelos enfermeiros quando no exercício de suas atividades profissionais. *Diário Oficial da União*; 1997.

[19] CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN**). Resolução Cofen nº 358/2009**. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [Internet]. Brasília, DF. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 15 de fevereiro de 2023.

[20] COSTA, Milena Silva et al. HIV testing: knowledge, meanings and experiencesof pregnant women. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 3, p. 10-17, 2013.

[21] DAS NEVES, Neide Batista da Silva et al. Ações do programa de cessação do tabagismo na Atenção Primária a Saúde: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 5, p. 48699-48717, 2021.

[22] DE ANDRADE, Raíssa Leão et al. Avaliação da qualidade de vida de mulheres climatéricas atendidas em ambulatório especializado. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 1, p. 66-90, 2019.

[23] DIONIZIO, Érika. **Realização do exame de papanicolau em mulheres com 20 anos ou mais: inquérito de saúde de base populacional no Município de São Paulo-2008**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

[24] DOS SANTOS, Marisa Gomes et al. Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. **Enfermagem em Foco**, v. 8, n. 4, 2017.

[25] DUTRA, Irina Pereira Neves. **iteracia em saúde e internet na gravidez**. 2023. Tese de Doutorado.

[26] FREITAS, Isabelle Eduarda Cunha de et al. Relação entre o desmame e a introdução alimentar precoce no surgimento das alergias alimentares: uma revisão da literatura expandida. **Brazilian Journal Of Health Review,[SL]**, v. 4, n. 3, p. 12853-12863, 2021.

[27] GADELHA, Marília Moreira Torres. **Desenvolvimento de recurso educacional sobre educação sexual para adolescentes: um estudo de caso no projeto" Sífilis Não"**. 2021. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

[28] GUEDES, Kamila Freire; RAIMUNDO, Vitória Karen; BASTOS, Silva Helena. Saúde reprodutiva e o acesso a contraceptivos no contexto da pandemia de covid-19. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 22, n. 2, p. 96-105, 2021.

[29] HARRIS SJ, JANSSEN PA, SAXELL L, CARTY EA, MACRAE GS, PETERSEN KL. Efeito de um programa colaborativo interdisciplinar de assistência à maternidade nos resultados perinatais. **CMAJ.** 20 de novembro de 2012; 184 (17): 1885-92.

[30] HODNETT, Ellen D; GATES, Simon; HOFMEYR, G Justus; SAKALA, Carol. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [S.L.], p. 1, 17 out. 2012. John Wiley & Sons, Ltd. http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd003766.pub4.

[31] IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de gênero.** 2021. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101784_informativo.pdf. Acesso em: 13 de maio de 2023.

[32] KOZHIMANNIL, Katy B. et al. Modeling the cost-effectiveness of doula care associated with reductions in preterm birth and cesarean delivery. **Birth**, v. 43, n. 1, p. 20-27, 2016.

[33] LOPES, Simone Dalila Nacif; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Meu corpo, minhas regras: mulheres na luta pelo acesso ao serviço público de saúde para a realização do aborto seguro. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 20-33, 2020.

[34] Mattos, Diego Vieira de. **O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado** [manuscrito] / Diego Vieira de Mattos. – 2012. 92 f.: il. grafs. ; 30 cm.

[35] NEVES, Luiz Henrique Depoli das. **Modelos de atenção obstétrica Brasil/Espanha: uma análise documental dos modelos assistenciais com interface da atuação de enfermeiros obstétricos.** Niterói: [S.N], 2018. 55fls.

[36] OLIVEIRA, Sidney Rafael Gomes de. **Cuidados de enfermagem à parturiente no centro obstétrico: protocolo assistencial para o trabalho de parto humanizado**. 2023. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

[37] OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 25-32, 1998. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x1998000500011.

[38] PEREIRA, Deborah Julia Nascimento**. A mulher para além do útero: a assistência integral da saúde feminina.** Rio de Janeiro, 2022. 46fls.

[39] PILGER, Carolina Heleonora; DA SILVA GOMES, Natália; PRATES, Lisie Alende. A SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA POR UMA PERSPECTIVA MULTIPROFISSIONAL. **Práticas Integradas em Saúde Coletiva: Um Olhar para a Interprofissionalidade e Multiprofissionalidade**, 2021.

[40] PIMENTA, C.A.M, et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem/**Cibele A. de M. Pimenta...[et al.].; COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015.

[41] PIO, Danielle Abdel Massih; OLIVEIRA, Mônica Martins de. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde e sociedade**, v. 23, p. 313-324, 2014.

[42] PONTELI, Nathalia Nunes; CURTI, Flávia Fernandes Alfaro; SILVA, Lucas Alessandro. Políticas públicas e direitos reprodutivos: entre a efetividade dos direitos fundamentais e a ampliação da experiência democrática [Internet]. In: **Anais do I Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos**. 2015. p. 9-12.

[43] PUGLIA, Ana Paula Mantovani. **Enfermagem em ginecologia e obstetrícia**. BOD GmbH DE, 2016.

[44] REIS, Rachel Sarmento; ABI RACHED, Chennyfer Dobbins. O papel do enfermeiro no acompanhamento de pré natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa-gestante. **International Journal of Health Management Review**, v. 3, n. 2, 2017.

[45] RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, p. 477-486, 2007.

[46] RODRIGUES, Suellen Silva. **Concepções de profissionais da educação e saúde em sexualidade: proposta interventiva e assessoramento para projetos de educação sexual em Abaetetuba-PA**. 2017. 192fls.

[47] ROSÁRIO, Cleice Souza do. **Mulher no climatério: sintomatologia, estilo de vida, alimentos funcionais e libido.** Governador Mangabeira - BA , 2021. 63 Fls.

[48] SANTOS, C.A.; PAIVA, H.P.S.; ARAÚJO, V.K.S. A assistência da equipe multiprofisional durante o pré-natal: Uma revisão de bibliografia. **Anais do CBCENFs**. 2010.

[49] SILVA, Andressa Arraes. **Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades na consulta.** 2018. 111 folhas. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCBS) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís.

[50] SILVA, Juliane Lima Pereira da; LINHARES, Francisca Márcia Pereira; BARROS, Amanda de Almeida; SOUZA, Auricarla Gonçalves de; ALVES, Danielle Santos; ANDRADE, Pryscila de Oliveira Nascimento. FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA EM UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 27, n. 4, p. 1, 2018. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004190017.

[51] SILVA, Tarciso Feijó da. **Acolhimento, redes sociais e produção do cuidado na Atenção Básica.** 2019. 208 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. 206fls.

[52] SIQUEIRA, Patrícia Lopes de Freitas. Sistematização da assistência, teorias e processo de enfermagem – uma revisão de literatura. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 10, p. 4419108667, 4 out. 2020. Research, Society and Development. http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8667.

[53] SOUSA, Catarina Alexandra. **O enfermeiro de saúde materna e obstétrica no puerpério: Da necessidade de cuidados às intervenções de enfermagem**. 2018. Tese de Doutorado.

[54] UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC. **Processo de enfermagem como ferramenta de cuidado**. Congresso Sul Brasileiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem (2.: 2017: Chapecó, SC) Anais/ 2 Congresso Sul Brasileiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem e a 1 Mostra Internacional de Cuidado de Enfermagem no Ciclo da Vida: Processo de Enfermagem como Ferramenta de Cuidado, 21, 22 nov em Chapecó. – Chapecó, SC, UDESC – CEO, 2017. 683 p.

www.poisson.com.br
contato@poisson.com.br

@editorapoisson

https://www.facebook.com/editorapoisson